Mundschleimhauterkrankungen und -veränderungen, die psychogen bedingt oder verursacht sind

Gerhard Kube

1962

AUS DER DERMATOLOGISCHEN KLINIK UND POLIKLINIK
DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Direktor: Prof. Dr. A. Marchionini

Mundschleimhauterkrankungen und -veränderungen, die psychogen bedingt oder verursacht sind

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gerhard Kube
aus Scherfede (Kreis Warburg)

München 1962

A. Schubert, München 5, Cornelliusstr. 21 · Telefon 221777

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Privatdozent Dr. Dr. S. BORELLI
Mitberichterstatter:	Professor Dr. A. MARCHIONINI
Dekan:	Professor Dr. W. SEITZ

Tag der mündlichen Prüfung: 5.6.1962

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEINEN LIEBEN ELTERN

IN DANKBARKEIT UND VEREHRUNG

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
EINLEITUNG		7
HAUPTTEIL		
I.	Der Gemütseinfluß auf die Speichelsekretion	12
II.	Der Gemütseinfluß auf Entzündungserscheinungen des Mundes	16
	1) Herpes-Erkrankungen	16
	2) Stomatitis aphthosa	20
	3) Anginaerkrankungen	24
	4) Stomatitis prothetica	27
	5) Leukoplacia oris	31
III.	Der Gemütseinfluß auf Paradentose	36
IV.	Krankheiten der Mundhöhle als Hauptinhalt einer Wahnidee	42
	1) Geschlechtskrankheitenwahn	42
	2) Wahnhafter Parasitenbefall	45
V.	Der Gemütseinfluß auf die der Zunge eigentümlichen Symptome	50
	1) Zungenbelag	50
	2) Lingua geographica	50
	3) Zungenbrennen, Zungenschmerzen, Zungenkrebswahn	51
	4) Psychogen bedingte Zungenbewegungen und deren Folgen auf die Mundschleimhaut	52
VI.	Der Gemütseinfluß auf die Lippenschleimhaut	53
	1) Cheilitis granulomatosa	53
	2) Proptosis labialis	55
	3) Ödeme	56
VII.	Der Gemütseinfluß in bezug auf Artefakte der Lippen- und Mundschleimhaut	57
SCHLUSS		61
LITERATURVERZEICHNIS		65
LEBENSLAUF		75

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

EINLEITUNG 7

HAUPTTEIL

I. Der Genußeinfluß auf die Speichelsekretion 13

II. Der Genußeinfluß auf Entzündungserscheinungen des Mundes 16

1) Herpes-Erkrankungen 18
2) Stomatitis aphthosa 20
3) Anginaerkrankungen 24
4) Stomatitis prothetica 27
5) Leukoplakia oris 31

III. Der Genußeinfluß auf Paradentose 36

IV. Krankheiten der Mundhöhle als Hauptinhalt einer Wahnidee 42

1) Geschlechtskrankheitenwahn 42
2) Wahnhafter Parasitenbefall 45

V. Der Genußeinfluß auf die der Zunge eigentümlichen Symptome 50

1) Zungenbelag 50
2) Lingua geographica 50
3) Zungenbrennen, Zungenschmerzen, Zungenkrebswahn 51
4) Psychogene Deutung Zungenbewegungen und deren Folgen auf die Mundschleimhaut 52

VI. Der Genußeinfluß auf die Lippenschleimhaut 53

1) Cheilitis granulomatosa 53
2) Prognosis labialis 55
3) Ödeme 58

VII. Der Genußeinfluß in bezug auf Anelxie der Lippen- und Mundschleimhaut 57

SCHLUSS 61

LITERATURVERZEICHNIS 65

LEBENSLAUF 75

EINLEITUNG

Vom psychischen Faktor in der Ätiologie und Pathogenese der Krankheiten zu sprechen, ist heute in allen medizinischen Fachgebieten außerordentlich aktuell. Weite Kreise, auch ein nicht medizinisch vorbelastetes Publikum, wissen vom seelischen Einfluß auf die Organfunktionen. Die "Psychosomatische Medizin" ist zur Zeit "dernier cri" in der Medizin. Modeströmungen können aber nur richtig bewertet werden, wenn sie in ihre historischen Zusammenhänge eingeordnet werden. Dann würde sich nämlich zeigen, daß die Geburtsstunde der modernen psycho-somatischen Medizin in Wirklichkeit schon im vergangenen Jahrhundert liegt. Ich sage absichtlich "der modernen psycho-somatischen Medizin", denn wir sollten nicht vergessen, daß sich bereits Plato vor fast zweieinhalbtausend Jahren mit dem gleichen Problem befaßte. Er schreibt: Denn das ist "der größte Fehler bei der Behandlung der Krankheiten, daß es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo beides doch nicht getrennt werden kann." (CHARMIDES)

Noch bis zum Anfang des vergangenen Jahrhunderts standen die Naturwissenschaften und mit ihnen die Medizin stark unter dem Einfluß romantischer und naturphilosophischer Ideen. In Nachwirkung der französischen Revolution machte sich dann aber auch auf naturwissenschaftlichem Gebiete eine zunehmende Emanzipation von bisher ehrwürdig festgefügten Auffassungen geltend. Eine andere Denkart als in der VIRCHOW'SCHEN Zellularpathologie ließ die damalige Medizin nicht zu. Sie fußte auf der Hypothese, daß der Sitz des Lebens die Zelle ist und daß jede Krankheit eine Änderung der Zelle oder des Zellsystems hervorruft. Hatte man doch so zum ersten Male die Möglichkeit, ein geschlossenes System von Krankheitsbildern aufzustellen. Da die erkannten Veränderungen morphologischer Natur sind, war es in der Folge nicht schwer, aus ihnen auf eine Krankheit zu schließen. Das medizinische Denken machte diese wissenschaftliche Annahme zu einem Glaubenssatz. In der Tat ließen sich auch die meisten Krankheiten durch experimentelle Untersuchungen beweisen. Unbequeme Krankheitsbilder - wie etwa Erkrankungen der Nerven - die in diesen anatomisch-pathologischen Rahmen nicht einfügbar waren, ließ man zunächst unberücksichtigt wohl in der Hoffnung, daß man auch ihre Zusammenhänge noch finden würde. Alle noch so eifrigen Bemühungen, z.B. bei den Psychosen, den Psychoneurosen und Organneurosen, im zentralen oder peripheren Nervensystem ein greifbares pathologisch-anatomisches Substrat nachzuweisen, schlugen immer wieder fehl. - Sie mußten wahrscheinlich immer wieder fehlschlagen, da man eben an die VIRCHOW'SCHE Organpathologie zu sehr gebunden war.

Nun hatte sich aufgrund von Beobachtungen und Untersuchungen inzwischen herausgestellt, daß es auch Entzündungen ohne Bakterien, daß es Gewebsveränderungen nur durch Umstellung des Eiweißes gibt; Erscheinungen also, die im System der bisherigen Krankheitseinteilungen keinen Platz mehr finden. Die Auffassung eines HIPPOKRATES, daß Krankheiten Ausdruck einer gestörten Harmonie seien, ließ sich mit VIRCHOW's Ansichten nicht widerlegen. Es war auch mehr die Aufgabe medizinischen Forschens, die reine Organpathologie auszubreiten. Dazu half

auf der einen Seite die Erkenntnis der Beziehung der Organe zueinander, die Einflußnahme der Mineralien, Vitamine und Hormone und nicht zuletzt das vegetative System, das dem zellularpathologischen Denken nicht widerspricht, es aber vor einer Einseitigkeit und Einengung bewahrt. Die rein histologische, wie auch die vergleichende makroskopische Betrachtung allein genügen eben nicht, um das gesamte Lebensgeschehen zu erklären, das zwar weitgehend in der Zelle sichtbar zu werden scheint, seinen Ursprung aber an anderer und höherer Stelle hat.

In den letzten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts wurde dies einigen bedeutenden Köpfen immer bewußter. Nur so ist es zu verstehen, daß CHARCOT (1825-1893) an der Salpetrière in Paris seine aufsehenerregenden Demonstrationen hysterischer Phänomene vorführte. FREUD, Charcot's Assistent (1884/85) besuchte LIEBAULT (1823-1904) in Nancy, der mit seinem Schüler BERNHEIM (1837-1919) durch seine hypnotischen Experimente und Erfolge bald darauf den Weltruf der Hypnose-Schule von Nancy begründete. FREUD wurde hier klar, daß das, was CHARCOT als scheinbar spontane Krankheitsphänomene bei Hysterikern so eindrucksvoll vorgeführt hatte, in gleicher Weise durch die Hypnose künstlich hervorgerufen und auch wieder beseitigt werden konnte. Hier mußte also der Schlüssel zum Verständnis dieser refraktären Krankheitsbilder liegen!

Und tatsächlich gelang es FREUD - inzwischen nach Wien zurückgekehrt - Licht in die bisher unzugänglichen Krankheitsbilder zu bringen. Wurden auch seine ersten Mitteilungen hierüber wegen ihres befremdlichen Charakters nicht ernst genommen und FREUD selbst verlacht, so hat sich seine geniale Konzeption doch heute, nach kaum mehr als einem halben Jahrhundert, in der ganzen Welt durchgesetzt. FREUD's damalige Entdeckung war nicht nur die Geburtsstunde der heutigen sogenannten "dynamischen Psychiatrie", sondern auch die der "Psycho-somatischen Medizin."

Wir alle kennen die Vorgänge, daß Kinder bei Scham erröten, daß bei verhaltener Wut unsere Kiefermuskulatur sich anspannt, die Hand sich zur Faust ballt, der Bizeps sich spannt. Wie ist es überhaupt zu verstehen, daß psychische Konfliktsituationen sich in körperlicher Symptomatik äußern, sich also "umwandeln" können. Und umgekehrt, daß körperlich in Erscheinung tretende Krankheitsmanifestationen mit rein psychischen Methoden aufgelöst werden können?

Im Rahmen dieser Arbeit kann man nicht in die Diskussion der verschiedenen Theorien eintreten, die hierüber entwickelt wurden. Es seien nur erwähnt: Wechselwirkungstheorie, psychophysischer Parallelismus, Gleichzeitigkeitskorrelat. Ich möchte nur daran erinnern, daß der seit DESCARTES (1596-1650) das wissenschaftliche Denken beherrschende Dualismus mit seiner Aufteilung des menschlichen Organismus in einen Leib und eine Seele Ergebnis einer spekulativen Abstraktion war, mag sie auch methodologisch noch so furchtbar gewesen sein

Ebenso müssen wir hier beiseite lassen die großartigen Fortschritte der Hirnphysiologie und -pathologie, die uns heute die genaue Lokalisation der Leitungsbahnen und der Zentren weitgehend ermöglichen, die bei diesen rätselhaften Ab-

läufen scheinbarer "Umwandlung" beteiligt sind. Aber alle diese Fortschritte sollten uns nicht darüber wegtäuschen, daß sie uns lediglich gezeigt haben, welche Bahnen und Zentren unseres Zentralnervensystems funktionstüchtig sein müssen, um diese Abläufe zu ermöglichen. Über das Wesen dieser Abläufe, über das Wie vermögen auch sie nichts zu erklären.

In Wirklichkeit wird nicht "Psychisches" in "Somatisches" umgewandelt. Die Eigenbeobachtung zeigt uns, und der Galvanometer bestätigt die Eigenbeobachtung auch objektiv nachweisbar, daß alle unsere Impulse - auch wenn sie nicht verwirklicht werden - daß alle unsere Gemütsbewegungen, ja, daß sogar unsere Gedanken, wenn sie nur genügend lebendig erlebt werden, von allerfeinsten entsprechenden Innervationen begleitet sind. Wir vermögen jedoch nicht immer diese korrespondierende "Mikro-Innervation" und "Mikro-Aktion" wahrzunehmen; sie verlaufen zum Teil unterhalb der Wahrnehmungsschwelle und bleiben dann unbewußt. Klingt dann der Impuls, der Affekt, der emotional getönte Gedanke ab, hört auch die "Mikro-Innervation" und damit die "Mikro-Aktion" im zugehörigen Erfolgsorgan auf. Verbleibt aber z.B. durch einen Verdrängungsvorgang ein "emotionales Leitbild" in ständiger latenter Wirksamkeit, so führt dies zu einer "Dauer-Mikroinnervation" mit entsprechender "Dauer-Mikroaktion" am Erfolgsorgan bzw. -system. Nach dem Prinzip: "Steter Tropfen höhlt den Stein" besitzen solche "Leitimagines" trotz ihres "Mikroeffektes" schließlich doch in steter Summierung der gleichen Innervation eine einseitige Dauerbeanspruchung des korrespondierenden Organs. Es gerät aus dem für die Erfüllung seiner physiologischen Aufgaben notwendigen Gleichgewicht eines lockeren Wechselspiels zwischen sympathischer und parasympathischer Innervation. Es verliert seine Spielweite, wird starrer, wodurch die Erfüllung seiner physiologischen Aufgaben beeinträchtigt wird. Es wird anfälliger, indem es nicht mehr den gewöhnlichen und schließlich auch infolge zunehmender funktioneller Starre nicht mehr den normalen physiologischen Beanspruchungen gewachsen ist. Die Erkrankungsdisposition ist damit erhöht.

Aber geben wir an dieser Stelle auch zwei Pathologen das Wort, nämlich Ricker (100) und Speransky (120).

RICKER's Relationspathologie stützt sich auf Beobachtungen physischer Vorgänge. Seine Arbeit - so schreibt RICKER (100) - habe darin bestanden, daß er das Wissen über die Gefäßinnervation in der Physiologie auf den Pathologischen Kreislauf erweiterte und auf seine Beziehung zu den Gewebsvorgängen ausdehnte. Durch Versuche stellte er fest, daß unterschiedliche Reize und verschiedene Reizschwellen zu verschiedenen Krankheitsbildern führen. Sie erklären sich aus dem Verhalten der terminalen Strombahn, der unbeschädigten oder beschädigten Kapillarwand und ihrer Durchlässigkeit. Nicht die Noxe allein ist es, sondern der Erregungszustand der Nervenbahnen, die für die Versorgung bestimmter Gebiete verantwortlich sind, nicht das Organ allein, sondern das System und darüber der ganze Mensch, der erkrankt ist.

SPERANSKY's(120) Neuralpathologie sieht im Nervensystem den Körperteil, der die Reize aufnimmt und weitergibt. Die Erkenntnisse SPERANSKY's fußen auf

zahlreichen Experimenten, von denen die Einfrierungsversuche die bekanntesten sind. Dabei wurden sämtliche Gewebsreaktionen - von der Entzündung bis zur Nekrose, ja bis zur Bildung von Tumoren - an den geschädigten Tieren nachgewiesen. Auch Krankheitsbilder wie Skorbut, Ulcus ventriculi und Typhus ohne Erreger ließen sich im Tierversuch erzeugen. Alle diese Experimente sind allerdings nur schwer reproduzierbar, was wiederum nichts gegen SPERANSKY's Grundtendenz sagt.

Nach den Erkenntnissen von SPERANSKY (120) kommt den Krankheitserregern oder den pathogenen Noxen nur die Rolle von "Initiatoren" zu, die durch ihren Reiz das Krankheitsbild zum Abrollen bringen. Die Krankheitserreger oder pathogenen Noxen dringen mittels der peripheren Liquorzirkulation ins Zentralnervensystem, von wo der Prozeß in zentralnervös gesteuerten, eigenrhythmischen Schüben und Remissionen abläuft. "Rhythmus und Bahnung" sind so der Hauptbegriff der Lehre SPERANSKY's. Vorangehende unterschwellige Impulse führen zu einer "Bahnung" für den pathogenen Reiz. Nach seiner Vorstellung kann der Körper eine Zeitlang mit Erregern und Noxen im Gleichgewicht bleiben. Es kommt lediglich zu einer Bahnung im obigen Sinne. In dieser gewonnenen Umstellung drückt sich eine Sensibilisierung aus, die durch Rhythmus und Bahnung gekennzeichnet ist. Dazu sagt Speransky: "Die initialen Wirkungen können verschwinden, sie können aber auch ohne neuen Anlaß an ihrem Ort neu auftreten und dies kann sich rhythmisch wiederholen bis schließlich der Tod eintritt. Es kann aber auch die lokale Wirkung ausbleiben und die Tiere bleiben gesund. Werden sie aber zu einem neuen Experiment herangezogen, so tritt nur das latent gebliebene neurodystrophische Syndrom ganz aus." Nach NONNENBRUCH (92) drückt sich darin die unberechenbare Kausalität des Lebens aus. Wie psychische, so bleiben auch somatische Eindrücke im Nervensystem haften und können rhythmisch und gebahnt aus sich heraus oder auf irgendeinen neuen Reiz hin wieder zu manifesten Raktionen führen. Dieser "Zweitschlag" hat nun wie der Initialreiz phylogenetisch vorgebildete Praedilektionsstellen. Es kann jedoch die Läsion an jeder beliebigen Stelle ansetzen oder auch in einer seelischen Not bestehen. Der seelische Reiz kann dem somatischen analoge Änderungen im vegetativen Nervensystem bewirken.

Aus unserem vorwiegend statischen Denken ist ein dynamisches geworden, das in der Folge von Zuständen eine in sich geschlossene Geschehnisfolge sieht. Zur syncytialen Struktur des peripheren Nervensystems sagt SPERANSKY: "Die traditionelle Unterteilung des Nervensystems in ein zentrales, peripheres, vegetatives usw. hat kaum mehr eine Berechtigung. Das Nervensystem bildet eine Ganzheit, was uns eben die Möglichkeit synthetischer Betrachtung des Krankheitsgeschehens gibt und dabei zugleich den Krankheitsvorgang als Ganzheitsreaktion des Individuums zeigt."

RICKER (100) und SPERANSKY (120) sehen beide im Nervensystem den Körperteil, der die Reize aufnimmt und weitergibt. RICKER hat die sich dabei abspielenden Vorgänge mit wissenschaftlicher Methodik analysiert und auf die Än-

derung der Relation zwischen Blut und Gewebe zurückgeführt. SPERANSKY hat über diesen Erfolgsmechanismus keine eigenen Untersuchungen angestellt, sondern eine unmittelbare trophische und dystrophische Nervenwirkung auf die Gewebe "angenommen".

Während also VIRCHOW den Ursprung des Krankheitsgeschehens in der Zelle suchte, SPERANSKY durch seine Versuche die Ursache des Krankseins in einer dystrophischen Nervenwirkung sieht, schlägt RICKER durch seine Versuche die Brücke zwischen Zelle und Nervensystem über die terminale Strombahn.

Mit dieser Auffassung des Krankheitsgeschehens wird somit die große Lücke geschlossen, die sich zwischen der Pathologie der Organe einerseits und einer höheren Ordnung im Menschen andererseits immer mehr herauskristallisiert hatte. Das medizinische Denken ist durch die Betrachtung der Ganzheit von Leib und Seele in ein neues Licht gerückt. Hierzu sagt NONNENBRUCH (92): "Psyche und vegetatives Nervensystem stehen in einer engen Wechselbeziehung. Auf psychischem Wege kann es über die vegetativen Zentren im Stammhirn prinzipiell zur Beeinflussung jeder Reaktion kommen und andererseits kennen wir die Rückwirkung einer vegetativen Störung auf die Psyche. Geist und Seele sind Lebenserscheinungen. Wir können sie nicht vom Leben trennen und können sie ebenso wie das Leben niemals erklären, sondern nur erleben." Das vegetative Nervensystem gibt der Seele den Ausdruck. Es unterliegt keinem Zweifel und wurde auch in vielen Untersuchungen nachgewiesen, daß seelische Not zu degenerativen und regenerativen Veränderungen im vegetativen Nervensystem selbst und überdies zu Organveränderungen führen kann. Auch alle Eindrücke aus der Umwelt wirken sich über das Nervensystem auf den menschlichen Organismus aus. "So sehen wir den Menschen in seiner physischen und psychischen Einmaligkeit als ein lebendiges Gebilde in seiner Umwelt, mit der er in einer Wechselbeziehung steht und zu der er als einziges und bekanntes Lebewesen in eine gedankliche Verbindung treten kann." (v. WEIZSÄCKER). (129)

Betrachten wir unter diesen Gesichtspunkten das Krankheitsgeschehen in dem Bereich der Mundhöhle, so kann es nicht wundern, daß gerade die Mundregion, die mit ihren über 30 einfachen und gekoppelten Reflexen das nahezu eindruckvollste und empfindlichste Organ des ganzen Körpers ist, für psycho-somatische Erkrankungen geeignet ist. Fassen wir kurz zusammen, so kann man folgende psychologischen Gründe anführen, warum die Mundhöhle eine Rolle bei der neurotischen Symptombildung spielt:

Der Mund ist Eingangspforte der Nahrung und der Atemluft, zwei absolut lebensnotwendige Dinge. Der Mund ist weiter Bildungsorgan von Lauten und Sprache, fast ebenso lebensnotwendig, denn ohne Laute und Sprache gibt es keine Verständigung, keine menschliche Gemeinschaft. Der Mund ist von Anbeginn des Lebens an im tiefsten Sinne affektbesetzt: Lust des Lutschens, der Nahrungsaufnahme, aber auch bereits Lust des Lutschens ohne Nahrungsaufnahme und Unlust über das Ausbleiben, also die frühesten Regungen des menschlichen Gemüts- und Trieblebens sind an den Mund und an den Kiefer gebunden. So wird er für viele der Ort

der ersten Lebensenttäuschungen, einmal wegen des Absetzens von der Mutterbrust, dann aber auch, weil gerade der Mund oft der Ort der ersten Schmerzen, der Zahnungsschmerzen ist. Die Verwandlung der Lustquelle in eine Schmerzensquelle durch die Dentition bildet eine so schwere Enttäuschung für den Säugling, daß der Mund und das Gebiß ein locus minoris resistentiae für die Konversion psychischer Konflikte in körperliche Symptome wird.

I. DER GEMÜTSEINFLUSS AUF DIE SPEICHELSEKRETION

Die bekannte Tatsache, daß einem beim Gedanken an leckere Dinge "das Wasser im Munde zusammenläuft", beweist schon die Möglichkeit psychischer Bestimmbarkeit der Speichelsekretion. Bei Schreck und Staunen dagegen bleibt - wenigstens dem Berliner - "die Spucke weg". Auf dieser Erscheinung beruht auch eine altindische Sitte: Um einen Verbrecher seiner Schuld zu überführen, gab man ihm trockenen Reis in den Mund. Blieb der Reis trocken, versagte also der Speichelfluß infolge des schlechten Gewissens und der Angst, so galt er als schuldig, wurde der Reis vom Speichel des Angeklagten feucht, ließ man ihn frei. In der älteren medizinischen Literatur vertrat man auch die Auffassung, daß im Zorn der Speichel giftig werde, z.B. warnte gegen Ende des 18. Jahrhunderts GESENIUS (45) deshalb Zornige, ihren Speichel hinunterzuschlucken. Der Physiologe EBERLE beobachtete, daß Bißwunden erboster Tiere eine größere "Bösartigkeit" annehmen.

So unwahrscheinlich zunächst diese Ansichten klingen, bestätigen doch die modernen Experimente, daß im Speichel bei Gemütserregungen ganz deutliche Veränderungen vorkommen, sowohl in Bezug auf die Menge als auch in der chemischen Zusammensetzung. Die exakte experimentale Erforschung der seelischen Einflüsse auf die Speichelsekretion setzt bekanntlich mit PAWLOW (94) ein. Er bewies in seinen klassischen Untersuchungen über die bedingt-reflektorische Speichelabsonderung bei Hunden, daß Sekretion von Speichel nicht nur durch mechanische und chemische Reize und auf hämatogenem Wege, sondern auch auf nervösem Wege ausgelöst wird. Daß sich bei Emotionen die Speichelsekretion nicht immer vermindern muß, erbringen die interessanten Untersuchungen von ALKAN (5), HEYER (64) und besonders von WITTKOWER und PILZ (133) über den Einfluß psychischer Erregungen auf die Quantität und Qualität des Speichels. Es kann nämlich unabhängig von der Art des Affektes zu einer Sekretvermehrung oder auch -verminderung kommen. WITTKOWER und PILZ (133) glaubten, daß diese Reaktionsweise für den einzelnen "typisch" festgelegt sei. Sicher ist aber die auch bei einzelnen wechselnde vegetative Ausgangslage, also der nervöse Tonus des innervierten Organs ausschlaggebend für die Reaktion, die auf die Irradiation eines Affektes hin erfolgt (KLEINSORGE und KLUMBIES) (74). Ihre qualitativen Untersuchungen bezogen sich auf den Rhodan- und Stickstoffgehalt, der nach psychischen Erregungen unabhängig von der Menge des sezernierten Spei-

chels variieren kann.

BLONSKY (18) ging sogar so weit und benutzte die Alkaleszenz des Speichels als Indikator der Intelligenz und der psychischen Spannung. Er stellte bei 412 Kindern mittels des BINET-BURT-Testes den Intelligenzquotienten fest und maß dann das pH. Ein hohes pH geht dabei einer hohen Intelligenz parallel. Weiterhin fand BLONSKY (18), daß die Alkaleszenz bei geistiger Anstrengung zunimmt und dort, wo zur Aufgabenlösung keine Mühe angewandt wird, die pH-Werte gleich bleiben.

Bleiben wir aber bei dem sogenannten Aptyalismus bzw. Subptyalismus, also dem mehr oder minder starken Sistieren des Speichelflusses bei akuten psychischen Traumen.

Einer der ersten, der über Trockenheit des Mundes kurz nach schweren Gemütserregungen berichtete, war HUTCHINSON (65). Viele Autoren haben seither dann über den Zusammenhang von Trockenheit des Mundes mit dem nervalen Geschehen, Depressionen, Hysterie und Gemütserkrankungen geschrieben (HADDEN (52), ROWLANDS (102), FRASER (39) und MRACEK (90). CURSCHMANN (28) berichtete von einem Sänger, Musiker und Lehrer, die vor Freunden und kleiner Zuhörerschaft mit Erfolg etwas vorführen konnten, sobald sie aber einem größeren und schwierigerem Auditorium ihre Künste zeigen sollten, wurde ihr Mund so trocken, daß sie nicht im Vortrag fortfahren konnten. Diese Patienten wiesen auch noch andere Anzeichen autonomer Unbeständigkeiten auf, wie nervöse Tachykardie und Arrythmie, trophische Ödeme, Dermographismus, Erröten, sexualneurasthenische Beschwerden, Obstipation und Depressionszustände. CURSCHMANN (28) war überzeugt, daß diese Patienten psychogen bedingt einen trockenen Mund bekamen und bezeichnete es als Xerophobie, die fast stets auf dem Boden der vegetativen Mißerregbarkeit und der sie begleitenden psychischen Reizbarkeitssteigerung erwächst. Auffällig ist noch, daß wir es hier - wie in den meisten Fällen - mit einer dissoziierten Speichelstockung zu tun haben, die ausschließlich beim Sprechen und sonstigen Lauterzeugungen und auch ohne solche auftritt, den Kau- und Schluckakt aber nicht beteiligt. Es sind dies stets Fälle, bei denen auf der Höhe des "dystrophischen Affektes" (Schreck, Entsetzen, Todesangst, Lampenfieber, Trauer) also zu Beginn der betreffenden Leistung und nicht etwa erst nach langer Anstrengung der lauterregenden Organe, Aptyalismus auftritt. Bei Sängern zum Beispiel, die oft regelmäßig von der Speichelstockung, die in geringem Maße ja ein nahezu physiologisch, vegetativer Reflex auf dystrophische Reize ist, heimgesucht werden, ist es ja bekannt, daß sich aus der Furcht vor der scheinbar unvermeidlichen Störung eben diese Störung nun ganz konstant bei jeder besonders exponierten Gelegenheit einstellt. Der unbedingte Reflex wird so zum pathologischen Bedingungsreflex.

Daß auch allgemeine Xerostomie auf psychogener Basis bestehen kann, darüber hat KRAUS (79) seine Beobachtungen gemacht:

> Eine 42-jährige Witwe erkrankte während der Trauer um ihren verstorbenen Mann an Xerostomie. Bei ihr blieb die Speichelsekretion auch während des

Kauens und Schluckens aufgehoben, so daß sie trockene Speisen nur durch das Mitschlucken von Wasser oder Luft hinunterwürgen konnte.

Die Speichelsekretionsorgane und -vorgänge waren intakt.

Ähnliche Beobachtungen hat ALLINGTON gemacht. Er führt in 3 seiner 5 veröffentlichten Fälle über "Dryness of the mouth" psychische Affekte mitbeteiligt an der Ursache für diese Erkrankungen an, die oft mit Brennen der Mund-Schleimhäute und der Zunge einhergehen.

KLEINSORGE und KLIMBIES (74) veröffentlichten folgenden Fall und wiesen auf die Gefahr hin, alle derartigen Zustände, die für eine vegetative Labilität sprechen, mit Mischpräparaten aus Belladonna und Barbituraten zu behandeln:

Von einem Facharzt für HNO-Krankheiten wurde eine 42-jährige Frau überwiesen, die über ständige Trockenheit im Munde klagte. Objektiv war ein Sistieren der Speichelsekretion feststellbar. Die Patientin nahm seit Wochen ständlich Mundspülungen vor, um jedesmal für kurze Zeit das Gefühl der Trockenheit zu beheben. Da ein örtlicher organischer Befund nicht vorlag, vermutete man zunächst ein inneres Leiden (Sjögren-Syndrom, Diabetes mellitus, Nierenerkrankungen). Dafür wurde aber keinerlei Anhalt gefunden. Man zog nach dem Gebaren der Patientin eine psychogene Erkrankung in Erwägung und führte eine eingehende Exploration durch.

Die Patientin war bis zum 40. Lebensjahr nicht defloriert, was sie mit einer gewissen Genugtuung betrachtete. In diesem Alter lernte sie als Gärtnerin einen Mitarbeiter kennen und lieben, mit dem es zu einem vergeblichen Deflorationsversuch kam. In ihrer Hilflosigkeit und um den Mann nicht zu verlieren, suchte sie einen Frauenarzt auf. Der Arzt zeigte ihr den Hymen in einem "Mutterspiegel" und beseitigte das Hindernis operativ. Als sie aus der Klinik entlassen wurde, hatte sich der neugefundene Freund inzwischen eines anderen besonnen und verzichtete auf weitere Beziehungen.

Die doppelt getroffene Frau erlebte einen völligen Zusammenbruch ihres Selbstgefühls. Eine Aussprache zwischen beiden fand während der Arbeit im Garten bei größter sommerlicher Hitze statt. Der Zwang, in der Nähe des Bekannten weiterzuarbeiten, brachte die Patientin in einen Erregungszustand der mit Trockenheit des Mundes, die durch die Sommerhitze noch verstärkt wurde, einherging. Diese Trockenheit im Munde blieb bei Fortbestehen der Erregung und außerhalb des Dienstes bestehen. In der folgenden Nacht konnte die Patientin nicht schlafen. Wegen der Schlafstörung suchte sie am nächsten Tag einen Arzt auf, der ihr zur Behandlung ihrer vegetativen Erregungslage Bellergal verschrieb. Sie nahm, weil sie sich nach Ruhe sehnte, mehr Tabletten ein als verordnet. Die Trockenheit im Munde nahm weiter zu, bis schließlich nach 14 Tagen, als auch nach Absetzen der Medikamente keine Besserung eintrat, der HNO-Arzt konsultiert wurde.

Erregung und balladonhaltige Medikamente schafften schließlich eine psychisch fixierte Hemmung des Speichelflusses. Zwar ließ sich die Speichelsekretion durch Pilokarpin zeitweise in Gang bringen, ein endgültiger Erfolg war jedoch erst durch Psychotherapie zu erzielen. In 10 Sitzungen wurde mit der Patientin die Konfliktsituation geklärt. Dabei wurde ihr die Defloration als ein natürlicher Vorgang dargestellt. Langdauernde Ruhehypnosen sorgten für eine Dämpfung der vegetativen Erregungslage.

Auch für den Subptyalismus als Folge neurologischer Störungen und psychischer Fehlverarbeitungen bzw. -haltungen lassen sich aus der Literatur Beispiele angeben. Auf Grund psycho-somatischer Exploration hat man die vermehrte Speichelabsonderung als ein unbewußtes Verlangen nach Ernährung an der Mutterbrust gedeutet und angenommen, die Hypersalivation beruhe mehr auf oralsadistischen als auf oral-rezeptiven Störungen (Glatzel in I.H. Schultz) (46).

Folgendes Beispiel, bei dem KLEINSORGE und KLUMBIES (74) für den vermehrten Speichelfluß das Überspanntsein in der heutigen Zeit verantwortlich sehen, würde dieser Auffassung nicht widersprechen. Kann es nicht sein, daß dieser so selbstunsichere Mann die einstmals vielleicht "führende Hand" seiner Frau vermißt und in Sorge um Schutz und Geborgenheit angstvoll der Zukunft entgegensieht? Ausdruck dessen ist seine Hypersalivation.

Ein 56-jähriger Stricker kam wegen übergroßen Speichelflusses neben Schwindelgefühl, innerer Unruhe, Druckgefühl auf der linken Brustseite und Schlaflosigkeit in die Sprechstunde oben genannter Autoren. Er verlor mit 7 Jahren den Vater; die Mutter war oft leidend. Der Patient schildert sich selbst während seiner Kindheit als scheu, ängstlich und verschüchtert. Er hielt sich abseits, war weich und verträumt. Die sonst guten schulischen Leistungen ließen unter rauheren und schrofferen Lehrern sofort nach. Von seinen Mitschülern wurde er seiner besonderen Kopfform wegen ständig gehänselt. Harte Lehrzeit als Stricker. Später gutes berufliches Fortkommen.

Während der Pubertät onanierte der Patient viel und fürchtete gleichzeitig, sich damit körperlich zu schädigen. Bei großer Selbstunsicherheit gelingt es erst mit dem 28. Lebensjahr Kontakt zu Frauen zu gewinnen. Der Patient heiratet das erste Mädchen, das er näher kennenlernt. Vor einem Jahr wurde bei seiner Frau, die bereits seit längerer Zeit wegen schwerster Arthrosis deformans bewegungsunfähig war, ein Bronchial-Ca diagnostiziert. Da der Patient zuvor selbst Schmerzen in der Brust verspürt hatte und weiß, daß das Leiden seiner Frau lange als Bronchitis behandelt worden war, fürchtet er gegenwärtig, selbst an einem Bronchial-Ca zu leiden. Seit fast 2 Jahren ist der Patient gezwungen, neben seiner Berufsarbeit weitgehend auch den Haushalt und die Pflege der schwerkranken Frau mitzubesorgen. Dabei hilft ihm eine Arbeitskollegin, mit der es im Verlauf des Zusammenlebens mehrfach zu Kohabitationen kam, deretwegen sich der Patient erhebliche Vorwürfe macht. Diese Frau habe ihn "verführt", seiner kranken Ehefrau un-

treu zu werden. Seitdem lag ein vermehrter Speichelfluß im Rahmen einer vegetativen Symptomatik vor.

Auch BRUN (25) meint zur Fragestellung: "Neurose aus körperlicher oder geistiger Erschöpfung?", daß nicht die übergroße Anstrengung den Menschen psychoneurotisch erkranken läßt, sondern der neurotisch gewordene Mensch ist einer Anstrengung nicht mehr gewachsen, die er - unneurotisch - bewältigt hätte. Wissen wir doch heute um die Bedeutung der Frustation affektiver Bedürfnisse in der Kindheit, des Minderwertigkeitsgefühls, des Angst- und Schuldkomplexes und einer unglücklichen Ehe in Bezug auf die Neurosen. Alles das ließe sich aus dieser Krankengeschichte vorzüglich eruieren.

STERN (121) will den Speichelfluß auch in der Pubertät, während der eine psychische Labilität besonders auffallend ist, verändert wissen und zeichnet einen interessanten Fall auf, der insofern an Bedeutung gewinnt, als bei dem Patienten jedesmal reichlicher Speichelzufluß auftrat, wenn er sich sexuell erregte oder Verkehr mit Prostituierten versuchte, bei denen er sich aber stets impotent erwies. STERN (121) gibt dazu an, daß die erhöhte Salivation vielleicht die Ejakulation symbolisch ersetzen könnte.

II. DER GEMÜTSEINFLUSS AUF DIE ENTZÜNDUNGSERSCHEINUNGEN DES MUNDES

HERPES-ERKRANKUNGEN

Eine der bekanntesten und häufigsten Entzündungen, die starken nervösen und neurotischen Einschlag zeigt, ist jene durch Herpes-Virus entstandene bläschenartige Hauteruption im Mundbereich. Bevorzugt sucht das Herpes-Virus die Körperöffnungen und den Übergang von Haut zu Schleimhaut auf, aber die Bläschen können auch lokalisiert sein auf das Zahnfleisch, den Gaumen und die Tonsillen, ja sogar den Larynx. In der Mundhöhle weist der Herpes immer Eigentümlichkeiten auf: Die Bläschen sind nur von kurzer Bestanddauer und imponieren durch scharf begrenzte, anfangs rote, später gelblich belegte Erosionen mit schmalem Randerythem. Randwärts bleibt ein feiner Bläschensaum erhalten. Durch Konfluenz kommt es zu polycyclisch begrenzter flächenhafter Ausdehnung, und die Heilungstendenz ist schneller als auf der Haut.

SCHUERMANN (107) gibt an, daß dieses Krankheitsbild praemenstruell, in Abhängigkeit von Traumen (Kuß, Cohabitation), von psychischen Erregungen und dadurch bedingter Hyperämie besonders häufig anzutreffen ist.

J.H. SCHULTZ (111) weist mit Recht darauf hin, daß z.B. der Herpes labialis gar nicht selten während einer zahnärztlichen Behandlung auftritt, ohne daß mechanische Irritation, Ansteckung oder Unsauberkeit der Instrumente vorliegt. Die Kranken entwickeln diese Eruptionen aus allgemein neurotischen Gründen, "entweder weil sich bei ihnen die falsche Vorstellung festgesetzt hat, sie müßten auf jede Mundbehandlung mit einem 'ausgefahrenen Munde' reagieren,

oder weil innerlich starke Widerstände der Angst, des Ekels oder anderer Art vorliegen."

HEILIG und HOFF (57) stellten 1928 fest, daß bei gewissen Personen unlustbetonte Affekte regelmäßig von dem Ausbruch eines Herpes labialis begleitet waren. Sie machten ihre Untersuchungen an drei Patienten, deren Krankengeschichten ich hier widergebe.

Fall 1

Fräulein T.H., 60 Jahre alt, leidet an zwangsneurotischen Symptomen, Platzfurcht und Angst, Personen die ihr besonders nahestehen, etwas antun zu müssen; sie kann keine spitzen Gegenstände sehen, da sie glaubt, jemanden damit stechen zu müssen. Bei näherer Analyse ergibt sich ein psychisches Trauma. Sie verlor ihren Verlobten, fühlt sich jetzt einsam, hat niemand, der ihr nahesteht und glaubt, daß sie nichts vom Leben gehabt habe, da sie niemals sexuelle Befriedigung erfahren hat. Schließlich fühlt sie sich manchmal schuldig am Tode ihres Verlobten; denn da sie es - nach ihrer Angabe - nicht ertragen hatte, von ihm defloriert zu werden, hätte sie ihn in der ersten Nacht töten müssen. Unmittelbar nach dem Tode des Verlobten traten bei der damals Achtzehnjährigen zum ersten Male zwangsneurotische Symptome der geschilderten Art auf, die nunmehr seit 42 Jahren andauern. Die Patientin gibt ferner an, daß nach Aufregungen, starken Angstgefühlen regelmäßig ein Herpes labialis auftrat. Die Patientin wurde einer systematischen Hypnosetherapie unterzogen; nach jedesmaliger Hypnose, in der versucht wird, die Zwangsideen abzuschwächen, fühlt sie sich deutlich erleichtert. Am 10. Februar 1928 werden ihr in Hypnose die Erlebnisse, die sie hatte, als sie die Todesnachricht ihres Verlobten erfuhr, ins Gedächtnis zurückgerufen. Die Patientin zeigt Zeichen großer Erregung, wird rot im Gesicht, wälzt sich hin und her, stöhnt ängstlich und versucht schließlich mit den Händen ihre Augen zu öffnen. Nun wird ihr über die Unterlippe gestrichen und ein juckendes Gefühl, wie sie es häufig bei Beginn der Herpes-Entstehung zu empfinden angegeben hat, suggeriert. Dann werden therapeutische, beruhigende Suggestionen erteilt und die Patientin wird geweckt.

In der folgenden Nacht erlebt die Patientin den ihr unbewußt gebliebenen Hypnoseinhalt als Traum, wobei aber die Empfindung des Juckens an der Unterlippe blieb. In Wirklichkeit aber merkte sie 24 Stunden nach der geschilderten Hypnose Schwellung und Kribbeln an der rechten Unterlippenhälfte; es zeigt sich daselbst, wie auch an der rechten Oberlippenhälfte Schwellung des Lippenrotes, die an der Oberlippe auf die Gesichtshaut übergreift. 48 Stunden nach der Angst- und der Erregungssuggestion in Hypnose sind Herpes-Bläschen nachweisbar, die zu je einer größeren Blase an Ober- und Unterlippe konfluieren, eintrocknen und unter Schorfbildung abheilen; in kurzen Abständen kam es bei der Patientin noch zu weiteren Herpes-Eruptionen. Inhalt eines frischen Herpes-Bläschen der ersten Eruption erzeugte - auf Kanin-

chen-Cornea übertragen - am 3. Tage einen Herpes. Die Opsonine für Staphylokokken und B. coli zeigten 2 Stunden nach Beendigung der Hypnose eine deutliche Herabsetzung.

Fall 2

Depressionszustand bei einer reizbaren Psychopatin, 38 Jahre alt. Auch bei dieser Patientin tritt nach Aufregungen häufig ein Herpes labialis auf. Sie ist eine ausgesprochene Vasoneurotikerin, die auf jede Erregung mit Errötung und Erblassung reagiert. Auch bei ihr läßt sich am Beginn ihrer psychischen Beschwerden ein Trauma nachweisen, das in der unschuldig verbüßten Haft ihres Lieblingsbruders zu suchen ist. Nach Durchführung einer ganzen Reihe therapeutischer Hypnosen wurde auch ihr in Hypnose der Inhalt eines Traumas in Erinnerung gebracht. Sie reagiert mit starker Erregung, keuchender Atmung, Erröten, Zusammenkrampfen der Hände usw. In der bei Fall 1 geschilderten Weise wird ihr das Gefühl des beginnenden Herpes suggeriert. Nach erfolgter Beruhigung wird sie geweckt. Am übernächsten Tag erfährt sie in der der Hypnose folgenden Nacht sehr lebhafte Träume gehabt zu haben, das Gesicht des hypnotisierenden Arztes hatte sich ihr - zu einer zähnefletschenden Fratze verzerrt - immer mehr genähert, sie konnte sich nicht rühren, bis sie von den gräßlichen Zähnen in die Unterlippe gebissen worden sei; gleichzeitig hätte sie einen schmerzhaften Druck der Scheide gefühlt. Am nächsten Morgen sei sie sehr deprimiert gewesen und hätte sich nicht zum Arzt getraut. Zur Zeit als sie dies erzählte - 48 Stunden nach stattgefundener Hypnose - waren zahlreiche Herpes-Bläschen an der rechten Unterlippenhälfte nachweisbar, deren Inhalt auf der Kaninchen-Cornea Herpes erzeugte. Auch bei dieser Patientin waren Staphylokokken- und Coli-Opsonine drei Stunden nach der Angstsuggestion herabgesetzt.

Fall 3

Eine Zwangsneurose bei einer 43-jährigen Frau, die schon viele Jahre andauert, sich besonders durch homizide, gegen den eigenen Gatten gerichtete Ideen äußert. Einige Wochen vor dem Versuche erlebt die Patientin einen Streit mit ihrem Ehemann, der sich zu brutalen Äußerungen hinreißen ließ. Die bloße Wiederholung dieser Szene, mit Suggestion des den Herpes einleitenden Juckens in der rechten Unterlippenhälfte in Hypnose, genügte, um einen übertragbaren Herpes, aber nicht an der in Hypnose bezeichneten Stelle, sondern im linken Mundwinkel und am Filtrum hervorzubringen, der in sieben Tagen abheilte. Prüfung der Opsonine ergab das gleiche Resultat wie in den beiden vorangegangenen Fällen.

Bei denselben Patientinnen gelang es nicht, durch bloße Suggestion der Herpesentstehung, auch wenn diese sehr detailliert und eindringlich war, Herpes hervorzurufen, wenn nicht gleichzeitig Unlustsuggestion der geschil-

derten Art erteilt wurden. Es genügte also das Vorhandensein von Herpes-Virus und die Suggestion der Herpes-Entstehung zusammen noch nicht, um Herpes entstehen zu lassen. Die vorhandenen Abwehrkräfte waren in den untersuchten Fällen anscheinend stark genug, um das Angehen der Herpes-Infektion zu verhindern.

Bei diesen drei Fällen ist nach der Hypnose der Opsonindex für B. coli, Strepto- und Staphylokokken mit dem vor den Versuchen verglichen worden, und man stellte eine deutliche Herabsetzung fest. HEILIG und HOFF (57) schließen daraus, daß die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers durch den depressiven Akt vermindert werden, so daß das Herpes-Virus aktiv werden kann. Verfasser zeigen den Mechanismus auf, wie es jedes Mal bei psychisch-belastenden Situationen zum Auftreten eines ausgedehnten Herpes der Lippen- und Mundschleimhäute kommen kann.

So berichtet SCHNECK (105) von einem Soldaten, bei dem immer ein Herpes labialis auftrat, wenn er besonders heftige Haßgefühle gegen seine Gegner empfand.

KLEINSORGE und KLUMBIES (74) zitieren folgenden Fall:

Im Alter von 24 Jahren kam der Patient wegen eines chronisch rezidivierenden Herpes an Haut und Schleimhaut in unsere Behandlung. Schon als 10-Jähriger Abscheu vor Drill, Rohheit und Befehlsgewalt. Gern allein gelesen. Machte gern kleine grotesk-satirische Dichtungen. 16-jährig erste geschlechtliche Phantasien, ca. einmal wöchentlich onaniert. Damals erstmaliges Auftreten kleiner Geschwüre im Rachen in mehrwöchentlichem Abstand. Während der ihn seelisch belastenden Militärzeit als Luftwaffenhelfer häufiger Geschwüre. Als er nach Kriegsende zunächst als Landwirtschaftslehrling tätig war, fühlte er sich "glücklich und sorgenfrei". Damals kam es in einem Zeitraum von über einem Jahr nicht mehr zum Auftreten des Herpes. MitBeginn des Hochschulstudiums und einer verantwortlichen gesellschaftlichen Tätigkeit wieder Auftreten der Hautaffektionen. In dieser Zeit auch Untreue der Verlobten. Patient gibt an, häufig sexuelle Träume und Pollutionen zu haben. Er hat beobachtet, daß er jedesmal bei Verstärkung der Geschwüre weniger esse, sich dann schwach fühle, wobei auch die sexuellen Bedürfnisse nachlassen, und es dann zu einer Ausheilung der Geschwüre komme. Bei Nahrungsaufnahme und Kräftigung würde er sich arbeitsmäßig zunehmend belasten und wieder sexuelle Bedürfnisse verspüren. Es sei dann eine Zunahme der Geschwüre zu beobachten. Nach Onanie würden die Geschwüre regelmäßig schlimmer, so "als ob es zurückschlägt."

Die Untersuchungen des Inhalts der Herpes-Bläschen ergaben das Vorliegen einer Virusinfektion.
Die Therapie strebte psychotherapeutisch eine allgemeine Entspannung und daneben medikamentös durch Umstimmung und Antibiotika eine direkte Beeinflussung der Erkrankung an. Es kam jedoch später bei persönlichen und beruflichen Belastungssituationen mehrfach zu Rezidiven.

Schon nach diesen wenigen Beispielen, deren es sicher noch viele geben wird für den, der Beobachtungen in dieser Hinsicht tätigt, kann man wohl mit Recht sagen, daß auch psychische Anlässe unter den auslösenden Ursachen für Herpes-Virus-Erkrankungen genannt werden müssen.

STOMATITIS APHTHOSA

Ein weiteres klinisches Erscheinungsbild der Herpes-Virus-Infektion stellt die Stomatitis aphthosa dar, die große Teile, besonders der vorderen Mundhöhle (Innenseite der Lippen, untere und seitliche Zungenfläche), des Zahnfleisches und der Wangenschleimhaut mit zahlreichen, mehrere Tage hindurch, schubweise auftretenden, rundlich bis ovalen, scharf begrenzten Erosionen (3 - 5 mm Durchmesser) bedeckt. Nach dem letzten Weltkrieg wurde diese Erkrankung wieder in gehäuftem Maße diagnostiziert und warf wieder einmal die Frage nach der Entstehungsursache auf. Vor allem ist man geneigt, Avitaminosen zu vermuten. Vitaminmangel mag durchaus daran beteiligt sein, aber er spielt nicht die überwiegende Rolle. Wäre es anders, so müßte eine energische Vitaminzufuhr solche entzündlichen Schleimhautveränderungen regelmäßig zum Abklingen bringen. Das ist indessen nur selten der Fall, selbst wenn nicht nur Vitamin C, sondern auch Vitamin A gegeben wird. Auch die Applikationsform, intraoral, subcutan oder intravenös, ist im Endeffekt wenig unterschiedlich. Eine allgemeine Widerstandsschwächung des Individuums, bedingt durch Nahrungsknappheit, Mangel an Hygiene und psychische Belastung, zeichnet schon eher verantwortlich für die Erkrankung. Verschwinden doch häufig solche Symptome mit Hebung der Lebensbedingungen, auch wenn keine gesteigerte Vitaminzufuhr erfolgt.

SIRCUS (119) berichtet über interessante Ergebnisse in der Behandlung chronisch rezidivierender Aphthen:

> In 13 Fällen wurden nach bloßer ärztlicher Beratung ohne jede medikamentöse Therapie doppelte Blindversuche gemacht. Zuerst erhielten die Kranken Leerpastillen ohne jede medikamentöse Beigabe, dann in gleicher Form mit Antibioticis, dann in der Kombination Steroide+Antibiotica, dann mit Hydrocortison allein und schließlich ausschließlich in einem Sedativum (Abkömmling der Barbitursäure). Bemerkenswert ist, daß 6 von den 13 Patienten 28 Tagen nach ärztlicher Beratung ohne medikamentöse Therapie bereits eine deutliche Besserung spürten und bei 3 im Laufe der nächsten 9 Monate kein Rezidiv nach der definitiven Abheilung mehr eintrat. Die drei anderen rezidivierten nach 1 bis 2 Monaten und erwiesen sich dann resistent gegenüber jeder Therapie, auch Hydrocortison. Bemerkenswert ist weiterhin, daß die Leerpastillen in rund 50 % der Fälle zu einer deutlichen Besserung, wenn auch nicht Abheilung der aphthösen Geschwüre, führten. Bei den übrigen Mitteln erwiesen sich die Antibiotica als ziemlich wertlos, die Kombination von Antibiotica und Prednisolon war etwas besser als die bloße Verabreichung von Hydrocortison. Aber auch bei den nur 8 mit Seda-

tivum behandelten Kranken trat bei 3 eine Heilung und in 1 Fall eine Besserung ein.

Der Verfasser schließt aus den Ergebnissen, daß bei den chronisch rezidivierenden Aphthen viel wichtiger als jede medikamentöse Therapie die Aussprache mit dem Arzt ist, die Beruhigung des Patienten und die Beseitigung der bei den Patienten typischen Ängstlichkeit.

Auch KLEINSORGE und KLUMBIES (74) und SCHUERMANN (107) bestätigen diese Beobachtungen und halten nervöse Reize ähnlich wie bei der Colitis ulcerosa bei der Auslösung akuter Erscheinungen für mitbeteiligt.

OBERMAYER (93) und BECKER (14) finden, daß die meisten Patienten, die an chronischen rezidivierenden Aphthen leiden, von labiler Persönlichkeitsstruktur sind und glauben an einen analogen Wirkungsmechanismus, wie ich ihn bei der psychisch bedingten Herpes-Entstehung aufzuzeigen versuchte.

Eine besondere Form der Stomatitis aphthosa, bei der die entzündlichen Prozesse von weit größerem Ausmaße sind, ist ein Krankheitsbild, das in der amerikanischen und englischen Literatur (JACOBI (67) als "neurotic ulcer" beschrieben ist. In Deutschland hatte LÖBLOWITZ (82) Gelegenheit bei mehreren Mitgliedern einer Familie über Jahrzehnte hinweg, dieses Krankheitsbild zu beobachten, das heute in der Literatur allgemein als Ulcus neuroticum mucosae oris bezeichnet wird (OBERMAYER) (93).

Mutter der Familie zeigte in Rede stehende Affektion niemals und starb an den Folgen einer Otitis media (Sinusthrombose, Diabetes). Der Vater hingegen soll seit seiner Kindheit zeitweise an Geschwürprozessen im Munde gelitten haben, die erst im Alter zwischen 30 und 40 vollständig verschwunden sind. Dieser Patient wurde Löblowitz im Alter von 50 Jahren vorgestellt und litt an einem ziemlich starken nervösen Magen-Darm-Leiden, dasselbe dauerte schon in die 20 Jahre. Ob dieses Leiden von Beginn an nervöser Natur war, oder sich, was wahrscheinlich ist, erst im Anschluß an einen akuten Magenkatharr angeschlossen hatte, ließ sich nach so langer Zeit natürlich nicht mehr sicherstellen; daß es sich tatsächlich um ein Leiden auf nervöser Grundlage, wenigstens später, gehandelt hat, beweist die Tatsache, daß er nach jedem Kuraufenthalt in Karlsbad in schlechterem Zustand nach Hause kam, sich dagegen nach Kaltwasserbehandlung in Gräfenberg wohler fühlte. Er starb im Alter von 56 Jahren an Herzschlag (Arteriosklerose der Koronargefäße).

Von den sieben Kindern (kein Abortus) starb eines im 2. Lebensjahr an Scharlach, das älteste (eine Frau) mit 30 Jahren, an den Folgen eines Vitum cordis (Gehirnembolie mit Jackson'scher Epilepsie, Gelenkrheumatismus im Alter von 12 Jahren); ein Mädchen zeigt seit seiner Kindheit (13. Lebensjahr) Zeichen einer schweren Neurasthenie, die sich in mehrjährigen Interwallen mit starken, oft monatelang andauernden Depressionszuständen (Melancholie) vergesellschaftet; für gewöhnlich ist die Neurasthenie mehr

auf gewisse Organe beschränkt; Magen und Darm, ferner Kopfdruck, Druck auf die Augen mit einseitigen Tränenträufeln, Druckschmerzhaftigkeit an den Austrittsstellen der Nn. infra- und supraorbitalis). Die übrigen Geschwister zeigen bis auf die Zeichen eines zeitweise erregbaren Temperamentes keinerlei hervorstechende nervöse Erscheinungen. Die Frauen der Familie leiden an sehr profusen, eine Woche und länger andauernden Menorrhagien und bis auf eine auch an starken Dysmennorrhoen, welche sie körperlich oft so herunterbringen, daß sie sich in der Zwischenzeit kaum erholen können.

Was nun die bei den Mitgliedern der Familie zu beobachtende Mundaffektion betrifft, so tritt dieselbe bei allen Geschwistern sowohl männlichen als auch weiblichen auf, bei letzteren allerdings in weitaus stärkerem Grade. Während die Männer nur hie und da diese Geschwüre zeigen (1 bis 2 mal jährlich), leiden die weiblichen Familienmitglieder, und unter diesen wieder die Jüngsten, besonders stark unter dieser Affektion.

Diese letzteren bekommen fast das ganze Jahr über derartige Mundgeschwüre; sie häufen sich namentlich zur Zeit der Menstruation in einem solchen Maße und sind so groß und schmerzhaft, daß das Kauen und Sprechen außerordentlich behindert sind. Es leidet die Nahrungsaufnahme, und die Patienten zeigen nach einer solchen Attacke Zeichen von großer körperlicher Schwäche und nervöser Reizbarkeit. Die Affektionen scheinen vornehmlich dem jugendlichen Alter eigens zu sein, um nach Erlangung des 30. Lebensjahres von selbst zu verschwinden.

Unter den Geschwistern des Vaters konnte LÖBLOWITZ (82) eine Schwester eruieren, die angeblich ebenfalls in ihrer Jugend von zeitweise auftretenden ulcerösen Prozessen auf der Mundschleimhaut heimgesucht wurde. Bei zwei von ihren Töchtern hat Löblowitz diese selbst gesehen und mit den bei den Mitgliedern der erstgenannten Familie vorkommenden Fällen identifizieren können, doch traten die Anfälle nur selten und in geringerem Grade auf, so daß sie sich erst auf Befragen daran erinnerten.

Der Verlauf eines solchen Geschwüres, das Löblowitz von Beginn an verfolgen konnte, ist ein typischer gleichmäßiger, nur in bezug auf die Intensität wechselnder. Der Patient fühlt, sofern die Stelle mit der Zunge erreichbar ist, ein Knötchen auf oder vielmehr unter den Schleimhäuten von Wange und Lippe, das ohne eine ihm bekannte Ursache und schmerzlos auftritt. Dasselbe vergrößert sich in 1 bis 2 Tagen und meist unter leichten Fiebererscheinungen zu einem sich rasch vergrößernden Geschwür. Löblowitz hatte des öfteren Gelegenheit, diesen Übergang aus entzündlicher Infiltration in Ulceration zu beobachten; letzterer stellt sich dar als ein unregelmäßig, aber scharf begrenzter Substanzverlust von Linsen- bis Bohnengröße, der mit einem grauweißlichen und abwischbaren, speckigen Belag bedeckt ist. Es besteht ein ziemlich hoher Infiltrationswall mit mehr oder minder breitem Entzündungshof. So ist der Befund bei einem mittelschweren Anfall; bei einer schweren Attacke können die äußerst schmerzhaften

Geschwüre bis kreuzergroß werden und kraterförmige Vertiefungen aufweisen; Infiltrationswall und Entzündungshof erreichen eine ungewöhnliche Größe. Der dicke Belag verwandelt sich durch sekundäre Infektion mit Fäulnisbakterien in eine bräunliche, morsche, äußerst stinkende Masse. Die Temperatur steigt auf 40°, die entsprechenden Lymphdrüsen sind entzündlich vergrößert und druckschmerzhaft. Es besteht Speichelfluß, desquamativer Katharr der Schleimhaut und Ödem. In jedem Falle, ob leicht oder schwer, ist die Schmerzhaftigkeit eine außerordentlich große. Bei schweren Anfällen ist der Zustand der betreffenden Kranken ein nahezu qualvoller: Jede Bewegung beim Essen, Sprechen, Lachen verursacht solche Beschwerden, daß die Patienten es vorziehen, gar nichts zu essen und zu trinken.

Nach 2 bis 5 Tagen, in schweren Fällen erst in 1 bis 2 Wochen, stößt sich der eitrige bzw. gangränöse Belag ab und hinterläßt einen mehr oder minder tiefen Substanzverlust, der sich bald mit gesunden Granulationen ausfüllt. Die Narben sind meist nur kurze Zeit sichtbar. Der ganze Prozess dauert also in toto 1 - 3 Wochen.

Was die Zahl der Geschwürseffloreszenzen betrifft, so beobachtete LÖBLOWITZ (82) meist nur ein Ulcus, selten zwei oder mehrere (bis zu 6 gleichzeitig), was immer Zeichen eines schweren Anfalles und mit großen subjektiven Beschwerden verbunden ist.

In bezug auf den Sitz der Affektion läßt sich sagen, daß die Ulcera an allen Stellen der Mundschleimhaut auftreten kann, zumeist sah man sie aber auf den Lippen-, Wangen- und Zungenschleimhäuten. Ob die auf den Tonsillen zuweilen beobachteten Geschwüre auch in dieselbe Kategorie zu rechnen sind wie die eben beschriebenen, läßt sich in den Fällen, wo sie gleichzeitig mit letzteren vorhanden waren, als wahrscheinlich annehmen. Der Sitz der Geschwüre ist für den Verlauf derselben nicht ohne Bedeutung, denn die bösartigsten und schmerzhaftesten befanden sich an den Stellen, wo die entzündete Schleimhaut dem Druck der Nachbarorgane ausgesetzt ist, z.B. an den Kieferwinkeln, hinten und außen vom letzten Molaren, an den Zungenrändern, besonders im hinteren Anteil.

Die mikroskopische Untersuchung des Belages in bezug auf die Bakterienflora ergab keinen Anhaltspunkt für einen etwaigen spezifischen Erreger: Es fanden sich nur gewöhnliche Eitererreger, Staphylokokken und Streptokokken, kurze dicke Stäbchen, selten längere, etwas gebogene Stäbchen und vereinzelte große Spirochäten mit wenigen unregelmäßigen Windungen. In den Fällen, wo der Belag morsch und übelriechend befunden wurde, ließen sich die von PLAUT und später von VINCENT genauer beschriebenen Bazillen und Spirillen fast in Reinkultur nachweisen. Es machte nicht den Eindruck, als ob diese genannten Bakterienbefunde irgendeine ätiologische Bedeutung für die Entstehung dieser Ulcerationen haben würden, vielmehr scheinen diese Mikroben erst sekundär eingewandert zu sein.

Wir haben es hier mit einer ulcerativen Affektion der Mundschleimhaut zu tun, die familiär und heriditär auftritt. Im Sinne der damals (1910) vorherrschenden KREIBICH'schen (80) Auffassung über neurotische Hautgangrän erklärte LÖBLOWITZ (82) das Ulcus neuroticum mucosae oris als eine neurotische Schleimhautgangrän, indem er das Vasodilatatorenzentrum durch funktionelle (Hysterie) oder organische Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Tabes) in seiner Labilität gestört bzw. gesteigert erregbar annimmt. Da im vorliegenden Falle eine angeborene Labilität des Vasomotorenzentrums vorliegt, können die verschiedensten Reize von der Peripherie des Körpers oder vom Gehirn aus, die bei normalem Zustand des Nervensystems weiter keine Wirkung ergeben würden, nun mehr oder minder starke pathologische Veränderungen an der Schleimhaut hervorrufen.

STRANDBERG (122) hat eine analoge Beobachtung beschrieben:

> Eine Mutter, ein Sohn und zwei erwachsene Töchter erkrankten sei etwa ihrem 15. Lebensjahr an rezidivierenden Mundgeschwüren. Es handelte sich ebenfalls um nervöse Belastung.

Ferner liegen von GRAY (49) und SIBLEY (116) ähnliche Krankheitsbilder vor. Auch JADASSOHN (68) reiht sich zu den Beobachtern dieses Krankheitsbildes ein:

> Bei einem jungen Mann bestanden über mehrere Jahre, ohne jede nachweisbare Ursache, sehr schmerzhafte Ulcerationen an Gaumen- und Wangenschleimhäuten, für die der Verfasser nach langer Beobachtungszeit ebenfalls die Diagnose Ulcus neuroticum mucosae oris stellte.

Vielleicht liegt bei dieser Form der Stomatitis aphthosa kein Krankheitsbild sui generis vor, sondern es handelt sich um ein Syndrom bei allgemeiner vegetativer, besonders bei Vasolabilität. Daraus ergibt sich die Auffassung, daß es sich ätiologisch analog dem Ulcus ventriculi nach der von BERMANN'schen (15) Auffassung zumindest mit um spasmogen-neurogene Vorgänge handeln muß. KOCH (76) äußert sich ähnlich.
Er schreibt: "Möglicherweise sind pathogenetische Beziehungen zu den akuten Schleimhauterosionen des Magens vorhanden". Da es sich bei der Mundregion um einen epithel-bekleideten Teil des vorderen Verdauungstraktes handelt, ist der Vergleich eigentlich sehr naheliegend.

ANGINAERKRANKUNGEN

V. WEIZSÄCKER (129), BOSS (19), BILZ (17) und GRODDECK (51) sind die ersten die vor gut zwei Jahrzehnten durch ihre Veröffentlichungen über eine "gewisse Gruppe von Anginaerkrankungen" auf psycho-somatische Zusammenhänge bei Infektionskrankheiten hinweisen. Daß neurotisch gestaute psychische Energie die allgemeine Entzündungsbereitschaft unserer körperlichen Gewebe beeinflussen

können, ist leicht einzusehen, wenn man sich an die experimentellen Untersuchungen über Gemütserregungen auf den Körper erinnert. Trieb- und Affekterregungen sind imstande, eine verstärkte Blutgefäßzusammenziehung zu erwirken, die die Ernährung und damit die Widerstandskraft der Gewebe herabsetzt. Die veränderte Durchblutung ermöglicht erst das Virulentwerden der Bakterien.

Gestützt auf seine Untersuchungsergebnisse bekräftigt SCHELLACK (104) die Auffassung, die auch JORES (69) vertritt, "daß die Tonsillitis von einer Neurosenstruktur ist, in der die in den ersten Lebensjahren erworbenen praegenitalen, bevorzugt oralen-retentiven Gehemmtheiten die Faktoren sind, die in der Ätiologie der Tonsillitis ein zentrales Gewicht haben. Die auslösenden Faktoren sind meist überdeterminierte Besitz- und Geltungskonflikte, die oft gekoppelt sind."

Danach würde einem Wärmeentzug des Körpers nicht mehr die eigentliche Ursachenwirkung im bisher angenommenen Sinne zuerkannt, sondern nur die Rolle eines konditionalen Faktors; denn ein psychischer Stress wird nicht nur die örtlichen Abwehrkräfte schwächen, sondern kann über das Zwischenhirnhypophysen- und humorale System auch die allgemeine Immunitätslage verändern. Vermutlich wird auch das Wärmeregulierungszentrum mit einbezogen.

Aus der Fülle des überzeugenden Anschauungsmaterials bringe ich hier folgenden Fall, den HÄFNER und FREYBERGER (53) vor kurzer Zeit veröffentlichten:

> Patient, 28 Jahre, Lokomotivführer litt trotz längerem Aufenthalt in den verschiedensten Fachkliniken seit einem Jahr an schwerer Urticaria wechselnder Lokalisation. Der Kranke war das Kind eines fleißigen, aber strengen und sparsamen Vaters und einer ausdrucksgehemmten Mutter. Er hatte von beiden Eltern kaum jemals Zärtlichkeiten erfahren, und war auch später nicht in der Lage, eine vertrauensvolle herzliche Beziehung zu ihnen aufzubauen. So kam es bei ihm schon frühzeitig zu einer tiefgehenden Störung der mitmenschlichen Beziehung. Er war auch nicht imstande, sich gegen seine Altersgenossen aggressiv zu behaupten oder überhaupt aktiv durchzusetzen. Als 6-Jähriger sonderte er sich bereits von ihnen ab und verbrachte die schulfreien Nachmittage mit dem Sammeln von Pferdekot auf den Straßen seines Heimatdorfes, um bei dem Verkauf Geld zu verdienen. Damit folgte der Patient dem Vorbild seines Vaters und verwirklichte anstelle der liebenden Hingabe Werte des Besitzes. Daß er dabei ausgerechnet mit Kotsammeln begann, ist charakteristisch für den engen Zusammenhang des retentiven Verhaltens mit den Vorgängen der analen Ausscheidungsfunktion bzw. Reinlichkeitserziehung (SCHULTZ-HENCKE) (113).
>
> Später konnte es der Patient nie verstehen, wenn seine Kameraden ihren Mädchen Blumen oder Schokolade schenkten. Zu dieser Überbetonung des Erwerbens und Besitzes kam in zunehmendem Maße ein ausgeprägtes Geltungsstreben, daß dem Patienten auch dazu diente, sein Versagen in anderen Lebensbereichen zu kompensieren. Mit 11 Jahren kam es zu einer ersten bedeutsamen Krise. Der Vater hatte ihm mehrfach angeboten, ihn auf

die höhere Schule zu schicken. Der Patient fürchtete jedoch, dort zu versagen und so an Geltung erheblich einzubüßen. Dennoch wollte er nicht auf die höhere Schule verzichten. Aus den "langen, inneren Kämpfen" heraus, die keine Entscheidung brachten, erkrankte er an einer Angina tonsillaris und blieb auf der Volksschule. Die zweite Angina trat mit 16 Jahren auf. Er hatte zu dieser Zeit erstmals bemerkt, daß es in seinem zunächst erwählten Beruf noch tüchtigere Lehrlinge gab als ihn. Dann kam es zur dritten Angina, als sich der Patient während des Krieges zu einer Flugzeugführerschule gemeldet hatte, um hervorzuragen und zu Hause als Held gelten zu können. Er wurde aber trotz bestandener Prüfung nicht angenommen, weil man nur die Fähigsten suchte. Nach dem Kriege suchte er einen neuen Beruf, von dem er sich eine Bestätigung seiner Geltungsansprüche erhoffen konnte. Da ihm andere Möglichkeiten nicht offenstanden, wurde er Schnellzugführer. Er hoffte, so als ein "ganzer, draufgängerischer Kerl" Bewunderung zu finden. Die harte Ausbildung aber belastete seine illusionären Vorstellungen sehr, und als er einmal wegen unzureichender Leistungen ernstlich getadelt wurde, erkrankte er an seiner vierten Angina.

Wenige Zeit später heiratete der Patient eine stille, gehemmte und mütterliche Frau. Ihr gegenüber fühlte er sich in seinem Selbstwertempfinden nicht gefährdet. Aus seiner eigenen schwerwiegenden Hingabeunfähigkeit heraus aber blieb die infantile Geborgenheitssehnsucht, die er bei dieser mütterlichen Frau zu verwirklichen suchte, unerfüllt. Er fühlte immer mehr, daß er sich unterwerfen müßte, um seine kindhaften Beziehungswünsche zu befriedigen. Aber er vermochte seinen Entwurf der Selbstverteidigung durch Überlegenheit nicht aufzugeben. Es kam zu ständigen Spannungen mit seiner Frau. Er forderte mehr Aktivität von ihr und fürchtete sich zugleich davor. In dieser Zeit litt der Patient bereits unter Magenbeschwerden. Er hatte das Gefühl, als ob "ein Stein im Magen liege".

Schließlich kam es zu einer schweren Krise im Beruf. Der Patient wurde zu Unrecht einer Fahrlässigkeit verdächtigt und aus dem Schnellzugdienst suspendiert. Obwohl er in Ruhe der Klärung hätte entgegensehen können, brach er völlig zusammen. Sein krampfhaft hochgehaltenes Ziel, bester Zugführer zu sein und dafür bewundert zu werden, geriet ins Wanken. In dem erzwungenen Urlaub trat dann erstmals eine schwere Urticaria auf und rezidivierte fortan, wenn es zu Spannungen mit seiner Frau kam.

Längere psychotherapeutische Behandlung brachte dem Patienten Heilung. Angina wie Urticaria traten nach bisher zweijähriger Beobachtungszeit nicht mehr in Erscheinung.

Bevor es zum Ausbruch der Urticaria an der Haut kommt, erkrankt der Patient also in typischen Selbstwertkonflikten mehrere Male an Angina. Er gerät also durch äußere Anlässe in Krisen. Eine Krise ist aber ein Aufruf zur Entscheidung, der der Patient aber immer ausweicht. Statt dessen kommt es zur Manifestation der An-

ginaerkrankungen mit den bekannten objektiven Befunden im Mund-Rachengebiet. Daß sich diese Erkrankung gerade hier lokalisiert, "steht wohl in bezug mit dem neurotischen Daseinsentwurf unseres Kranken. Mit dem Ausweichen vor der Entscheidung war er nämlich aus der Krise wieder zurückgefallen in die oralen Weltbezüge des Ergreifens und Bewältigung. Mit der Krankheit hatte sich im Leiblichen die Rückkehr in seine engen Seinsbezüge des Geltens und Besitzens vollzogen, die er aus eigenem Entschluß nicht anzutreten wagte" (M. BOSS) (19).

Immer wieder berichtet die Literatur auch von psychogen bedingten Anginaerkrankungen durch Examensnöte, die jeweils am Vorabend eines Examenstermines beobachtet werden. Teils um sich durch die Krankheit vor der Prüfung zu drükken, teils stehen auch übertriebener Ehrgeiz - hervorgerufen durch Frustationen in der oralen Phase - in bezug auf ein Praedikatsexamen, zu dem der Betreffende gar nicht befähigt ist, als Gründe an.

Beschließen möchte ich dieses Kapitel mit v. WEIZSÄCKER's (128) Worten, die am Ende seines Berichtes über die Pathogenese einer gewissen Gruppe von Anginen zu lesen sind, daß es nämlich nötig sei, "die Frage nach dem Umfang und der Bedeutung der Psychogenese für organische Krankheiten um einen, wenn auch nur kleinen Betrag, weiter vorzuschieben." In diesem Sinne soll dieser Beitrag gewertet werden!

STOMATITIS PROTHETICA

Unter dem Sammelbegriff Prothesenstomatitis bezeichnet man in der Zahnheilkunde sowohl einen objektiv entzündlichen Befund der Mundschleimhaut als auch Erscheinungen, bei denen der Patient nur von Gefühlsymptomen = Sensationen wie Schmerzen, Brennen, Hitzegefühl, Parästhesien, gesteigertem oder gehindertem Speichelfluß geplagt wird, sofern sie mit dem Zahnersatz in einem ursächlichen Zusammenhang stehen. Neuerdings zählt man auch die sogenannten Schleimhautirritationen, die nach Eingliederung neuer Prothesen, besonders bei Prothesenneulingen, auftreten, dazu. Die Patienten klagen immer wieder über Druckstellen, ohne daß objektive Erscheinungen der Mundschleimhaut zu finden sind. Sobald der Mensch nämlich seine Zähne verliert, und ihn die Notwendigkeit zwingt, sie durch künstliche zu ersetzen, treten eine Reihe psycho-somatischer Probleme auf, die in diesem Kapitel aufgezeigt werden sollen.

Für den primitiven Menschen waren die Zähne einst Waffe, Werkzeug und Schmuck zugleich: Waffe zur Verteidigung gegenüber Feinden, Werkzeug bei der Nahrungszerkleinerung und Schmuck, da sie zusammen mit den Lippen als Umrahmung der unteren Gesichtshälfte ein individuelles Gepräge geben. Die Zivilisation hat die vielgestaltigen Möglichkeiten des Gebisses weitgehend beschränkt, doch die symbolhafte Bedeutung als Ausdruck von Kraft und Schönheit ist geblieben. Schönheit ist ein Symbol für Kraft und Potenz. Schöne Zähne gelten allgemein als gesunde Zähne und können zweifellos einen sinnlich-erotischen Reizwert haben. Das ist eine so bekannte Tatsache, daß wir z.B. kaum ein Reklameplakat

finden werden für irgendetwas - Mode, insbesondere Unterwäsche, schöne Strümpfe, für Waschmittel, für Schönheit schlechthin - ohne daß nicht zugleich eine Perlenkette schöner, großer und vor allem gut sichtbarer Zähne mit einem hübschen, jugendlichen Träger gezeigt werden, aber auch nie, ohne daß sich dann sofort erotische Assoziationen entwickeln. In Amerika ist einem ganzen Volk das "keep smiling" als Symbol aufsuggeriert: Zähne, große Zähne, gesunde Zähne: Allgemeine Gesundheit, Jugendkraft, Herrschaftswille, wirtschaftliche Kraft und Sicherheit.
Man betrachte unter diesem Aspekt die vielen Bilder unserer Politiker, die sich bei ihren Konferenzen stets mit strahlendem Lächeln und damit sichtbaren und blitzenden Zähnen den Fotografen zeigen.

Kommt es nun im Laufe der Zeit zum Verlust eines oder mehrere Zähne, besonders im sichtbaren Frontzahnbereich, so weist das ständig auf das Fehlen der Vitalität hin. Völlige Zahnlosigkeit erzeugt den Eindruck des Greisenhaften oder Infantilen, der Wehr- und Hilflosigkeit und des Mangels an jeglichem ästhetischem Reiz und nicht selten wird eine Zahnextraktion sogar als Kastration empfunden (DOLDER) (35). Der Verlust der Zähne zwingt den Menschen zur Auseinandersetzung mit den Tatsachen. Das Verhalten der Umgebung des Patienten spielt hier eine nicht zu unterschätzende Rolle, denn der gesunde Mensch distanziert sich im allgemeinen instinktiv von allen Gebrechen. Häufig kommt es zur Sich-Selbstüberlassung, zur Verachtung oder sogar zur Verspottung des zahnlosen Menschen. Es ist dies eine Defensivreaktion, mit welcher der Gesunde seine eigenen Minderwertigkeitsgefühle auf den Körpergeschädigten projeziert (MENG) (88).

Die individuelle Reaktionsweise des Leidtragenden hängt natürlich von vielerlei Faktoren ab, wie Alter, Geschlecht, psychischer Konstitution, sozialer Schicht, Milieu usw. Oft fühlt sich der Patient im Hinblick auf die Außenwelt unterlegen, woraus sich bei seelisch wenig robusten Menschen Depressionen und Resignationen als Ausdruck der aktuellen Resonanz der Seele ihren Anfang nehmen können. Durch Vergleichen mit dem Idealzustand in früheren Zeiten wird eindeutig eine Wertminderung der Persönlichkeit empfunden. Das ist z.B. besonders auffällig bei Frauen zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr. Hier bedeutet der Zahnverlust oft eine Verminderung ihrer sexuellen Anziehungskraft. Wenn ihre Sublimierungsfähigkeit versagt, kann eine Torschlußpanik entstehen und aus dieser Angst, beim Älterwerden die Libido zu verlieren, resultieren oft nervöse Störungen. Dagegen nehmen junge Menschen den Zahnverlust weit weniger tragisch; sie werten ihn mehr als Unfall. Auch vermögen die Erfolge dieses Lebensabschnittes die Schwäche der Zahnlosigkeit zu kompensieren. Ich zitiere dazu PETERHANS (95): "Der Mechanismus Zahnverlust - Organverlust - Minderwertigkeitsgefühl spielt sehr oft, meist in äußerst sichtbarer Form und in den verschiedensten Äußerungen, eine Rolle. Bei einer hypochondrischen Reaktionsweise kann durch psychische Verarbeitung des Zahnverlustes eine latente Neurose aktiviert werden. In dieser krankhaften psychischen Verarbeitung löst das Trauma bestehende latente Schuldgefühle aus, und der Zahnverlust wird als Bestrafung

gewertet."

Die psychische Reaktion auf den Zahnverlust läßt uns nun die Frage aufwerfen: Wie reagiert die Psyche auf die therapeutischen Maßnahmen, d.h. zur Prothese? Bei der Adaptation der abnehmbaren Prothesen haben wir zwischen einem mechanischen und psychischen Anteil zu unterscheiden. Die mechanische Adaptation hat die physiologische Wiederherstellung des Kauorgans zum Ziel, denn das Kauen muß mit der Prothese wieder neu erlernt werden. "Der Kauvorgang nämlich ist ein koordinierter Bewegungskomplex, der normalerweise unbewußt reflektorisch abläuft. Nun muß unter Leitung des Bewußtseins versucht werden, mit der alten, gebahnten Motorik zu kauen, wobei die Tiefensensibilität der Kau- und Wangenmuskulatur verstärkt herangezogen wird, um langsam zu einem neuen reflektorischen Ablauf der Kaubewegungen zu gelangen" (WILD) (130). Das ist bei relativ jungen Prothesenträgern meist bald der Fall, wird um so schwieriger, je älter die Patienten zum Zeitpunkt der Protheseneingliederung sind.

HEYER (64) berichtet uns von einem Fall, wo ein Patient mit seinem Ersatz nicht zurecht kam, und die Prothese erst paßte, als er mit sich Frieden geschlossen hatte. Der Patient hatte sich gegen die Tatsache des Alterns aufgebäumt und kam somit mit seinem Ersatz nicht zurecht, weil er ihn als Symbol für das Altern ansah.

Die psychische Adaptation der abnehmbaren Prothese erfaßt meistens die Gesamtpersönlichkeit des Patienten (PETERHANS) (95). Wie beim Zahnverlust kommt es hier auf die seelische Einstellung der betreffenden Person sehr an. Daß der Zahnersatz notwendig ist, wird von den meisten Patienten verstandesgemäß eingesehen, gefühlsmäßig allerdings lehnt man ihn ab, da sie jedesmal beim Abnehmen und Einsetzen der Prothese an deren Existenz erinnert werden, und es kommen die durch den Zahnverlust erzeugten Minderwertigkeits- und Schuldgefühle wieder zum Bewußtsein. Wird dabei der Zahnersatz obendrein im Unterbewußtsein negativ bewertet, so können Übelkeit, Ekel und Brechreiz als Ausdruck der Ablehnung entstehen, so daß es nicht zur psychischen Adaptation kommen kann. "Gegen dieses Schuldgefühl wehrt sich der Prothesenträger bewußt oder unbewußt, und je nachdem sein Wille zu leben stark oder schwach ist, kommt es zum Kompromiß (Adaptation) oder zur neurotischen Verarbeitung (Nichtadaptation)" (PETERHANS) (95).

Andererseits kommt es auch oft vor, daß bereits bestehende latente Konflikte sekundär anläßlich der Angewöhnung einer Zahnprothese wieder aktiviert werden. Bei dieser psychoneurotischen Reaktionsweise wird die Prothese für den Patienten zum Hindernis für die Lösung der aktuell psychischen Schwierigkeiten.

Die Prothese wird zum Sündenbock und kann die psychischen Funktionen weitgehend beherrschen, indem nun die Ursachen der unverarbeiteten Konflikte in sie hineinprojeziert werden. Wenn diese verschiedenen seelischen Schwierigkeiten vom Patienten nicht überwunden werden, kommt es auch nicht zur psychischen Adaptation der Prothese. Diese Patienten sind - wenn die Heilkunde auch den Begriff nicht kennt - wegen der Prothesen krank und suchen dauernd wegen

angeblicher Druckstellen ihren Zahnarzt auf.

BALTERS schreibt von einer Patientin, die über Brennen im Munde beim Tragen ihrer Prothese klagte. Als sie noch eigene Zähne besaß, litt sie oft unter heftigen Zahnschmerzen. So forderte sie etwas voreilig vom Zahnarzt die Entfernung aller ihrer noch gesunden Zähne, weil sie sich so von den so oft quälenden Zahnschmerzen befreit glaubte. Als die Extraktion ausgeführt war, wurde ihr erst die Bedeutung ihres voreiligen Beschlusses klar. Mit der Prothese wurde sie fertig, mit sich selbst aber nicht; dies aber noch im Besonderen, weil der Verlust ihrer Zähne in eine Zeit fiel, als man gerade ihrem Mann eine gute Stellung gekündigt hatte. Diese Situation hatte die Patientin noch nicht überwunden.

Von nicht zu unterschätzendem Einfluß auf die Adaptation sind Affektlabilität, Introversion, Müdigkeit, hohe geistige Differenziertheit und eine prothesen-negative Einstellung der Umgebung, ebenso die Forderungen betreffend häufiges Reinigen der Prothesen und Aufbewahrung im Wasserglas während der Nacht. Gerade diese letztgenannte Notwendigkeit kann adaptionshemmend sich auswirken, weil der Patient dadurch zu oft an seine Organminderwertigkeit erinnert wird. Vom psychologischen Standpunkt aus, ist es durchaus einzusehen, daß die Frau ihre Prothesen auch während der Nachtruhe nicht ablegt und sie diese heimlich ohne irgendeinen Zuschauer reinigt, um ja nicht vor der Umwelt als Zahnprothesenträger zu gelten. In dieser Hinsicht hat also die Psychohygiene vor der Prothesenhygiene den Vorrang (DOLDER) (35).

Aus derartigen psychischen Ursachen werden eben viele Prothesen von zahnlosen Patienten in der Nachttischschublade aufbewahrt und nicht etwa, weil Konstruktionsfehler am Zahnersatz vorliegen, aber es wäre verfehlt, nun zu behaupten, daß alle diese Patienten, die wegen Beschwerden an der Mundschleimhaut - verursacht durch ihren Zahnersatz - in der Sprechstunde des Zahnarztes erscheinen, als ausgesprochene Neurotiker zu bezeichnen. In der Mehrzahl der Fälle sind es intakte Persönlichkeiten, doch kann die Reaktionsweise mehr oder weniger ausgeprägter neurotisch werden und sich in dieser Hinsicht auf ganz bestimmte Objekte, wie z.B. die Prothese, konzentrieren.

PETERHANS (95) schildert einen Fall, wie ihn wohl jeder praktische Zahnarzt ähnlich schon erlebt hat:

> Frau, Anfang 40, Beginn der Menopause, hysteriforme Reaktionen. Dieser Fall ist in ähnlicher Form relativ häufig. Die Patientin besitzt seit einigen Jahren eine totale obere und eine partielle untere Prothese. Die Kauadaptation ist trotz schlechter prothetischer Kieferverhältnisse sehr gut. Psychisch wurde die Prothese nicht adaptiert, da die Patientin nichts unterläßt, alle Gedanken, die mit der Prothese im Zusammenhang stehen, bewußt wegzuschieben. Die Prothese als solche wird nicht negiert, es besteht nur eine Auflehnung gegen den psychologischen und physiologischen Ablauf ihres Lebens. Doch gelingt ihr deren seelische Bewältigung nicht. Sie beobachtet alle Erscheinungen ihres Alters. Die starke Tendenz, die entschwindende

Schönheit festzuhalten, bringt sie in Konflikt mit der Realität. Die Bewältigung ihrer übergroßen Angst vor dem Altern würde ihr vielleicht gelingen, wenn die Prothese sie nicht fortwährend darauf aufmerksam machen würde, daß es sich anders verhält, als sie sich glauben machen will. Die Prothese wird durch die Verdrängungsversuche immer mehr zum Mittelpunkt ihrer ganzen psychischen Verfassung, da sie in zunehmendem Maß mit verdrängten affektiven Vorstellungen beladen wurde. Durch die Verdrängung einerseits und die Fixierung an die Prothese andererseits kam es zu einem Circulus vitiosus. Es ist daher gut zu verstehen, daß sie eine unglaubliche Angst vor der Lüftung ihres Prothesengeheimnisses, vor dem Ertapptwerden, hatte. Die Kompensation dieser Angst und der Minderwertigkeitsgefühle bestand im Haß gegen alle Frauen ihres Alters, die beim männlichen Geschlecht noch einen gewissen Erfolg buchen konnten. Prothesengespräche verstärkten die Minderwertigkeitskomplexe augenscheinlich, aber auch die Gegenanstrengungen im Sinne einer Kompensation wurden mobilisiert.

Daß Schuldgefühle an den Reaktionsbildungen beteiligt sind, zeigte sich in dem Drang zu Erklärungen. Sie suchte sich ihr geeignet erscheinende Menschen aus, denen sie ihren Leidensweg bis zum Prothesentragen in sehr affektiven Worten schilderte, wobei aber das Thema 'Prothese' bald verlassen wurde; denn im Mittelpunkt ihrer Ausführungen stand ihr eigenes Schicksal.

Der Patientin wurde die Prothese durch die neurotische Verarbeitung des Prothesenerlebnisses zur Basis des Minderwertigkeitskomplexes. Sie litt nur deshalb an ihrer Prothese, weil diese mit zu vielen, ihr unlösbaren Komplexen gekoppelt war. Die Schuldgefühle hatten zum größten Teil andere und tiefere Ursachen, doch entstanden Superpositionen.

In der Mehrzahl der Fälle werden vom Patienten alle Schwierigkeiten mechanischer und psychischer Natur langsam überwunden. Der Kauvorgang spielt sich dann mit Sicherheit und mit gutem Effekt automatisch wieder ab, und die Prothese wird zum treuen Helfer, der die Persönlichkeit so aufwertet, daß der Patient sie als einen Teil seines Körpers betrachtet, den er kaum noch entbehren kann.

Wir sehen also, daß die Eingliederung einer Prothese nicht eine reine technische Angelegenheit ist, sondern weit eher eine klinische Aufgabe. "Kein klinisches Problem entbehrt des psychologischen Inhalts, und die Prothetik steht hier an einer besonders interessanten Stelle, weil ihr gleichzeitig von der anderen Seite her das Technische in die psychologische Problematik eingeht" (RITTER) (101).

LEUKOPLACIA ORIS

Nach ASCHOFF (10) ist die Leukoplakie eine besondere Form der chronischen Dermatitis. Sie stellt histologisch eine abnorme Wucherung des Epitels mit Bildung eines dicken Hornlagers dar. Daneben besteht eine mehr oder weniger starke subepitheliale Infiltration. Lymphozytäre Zellen, polymorphkernige Leukozyten, Plas-

ma - und Wanderzellen durchsetzen das submuköse Gewebe. Die elastischen Fasern gehen in diesem Bereich zugrunde.

In den meisten Fällen ist die Leukoplakie als Reaktion der Schleimhäute auf chronisch örtliche Reize anzusehen. Es scheint aber auch Leukoplakien nicht entzündlicher, möglicherweise idiopathischer Natur zu geben.

GENGERELLI (44) und KIRKNER (73), zwei amerikanische Autoren, glauben z.B. bei krebsleidenden Geisteskranken auf Grund ihrer statistischen Erhebungen auf solche möglichen Zusammenhänge hinweisen zu können.

CRAMER (31) unterstützt durch seine Veröffentlichung über eine rezidivierende Zungenleukoplakie die Auffassung, daß vegetative und psychische Affekte auf die Kernteilung und das Wachstum von praecancerösen und carcinomatösen Zuständen Einfluß nehmen, und er zeigt zugleich Wege für die Therapie auf.

Hier die Krankengeschichte der Frau M., geb. 8. 6. 81

Vater wurde bereits mit 30 Jahren wegen chronischer Entzündungen der Zunge mit Höllensteinstift behandelt, später mit 45 Jahren an Zungen-Ca operiert und starb im Alter von 70 Jahren. Die Mutter starb mit 49 Jahren an Darmkrebs. Die Tochter der Patientin hat seit dem 25. Lebensjahr eine Leukoplakie der Portio.

Bei unserer Patientin traten im Alter von 40 Jahren die ersten leukoplakischen Bezirke an der Zunge auf, die excidiert wurden. Menarche: 16 Jahre, Menopause: 55 Jahre, 3 Geburten, keine Fehlgeburten, ausreichender Ernährungszustand, guter Allgemeinzustand, neurologisch keine pathologischen Befunde.

1933, d.h. 10 Jahre nach der Excision, traten erneut Zungenbeschwerden mit brennendem Gefühl auf, offenbar ausgelöst durch erregenden Erlebnisse der damaligen Zeit. In der Charitè wurde eine Perniciosa festgestellt. Leberspritzenbehandlung besserte den Befund.

Im Frühjahr 1951 wurde die Patientin in der Geschwulstklinik der Deutschen Akademie der Wissenschaften in Berlin vorgestellt. Sie zeigte schwerste leukoplakische Veränderungen, die - wie die Explorierung ergab - auch diesmal wieder nach seelischen Alterationen aufgetreten waren. Eine intensive Nahbestrahlung der Zunge löste eine unerwartet starke Reaktion der Zunge aus.

Am 8. 2. 1952, rund 1 1/2 Jahre später, stellte sich wiederum ein weiteres, sehr schmerzhaftes Rezidiv mit einer dolenten Halsdrüsenschwellung links ein, durch zeitbedingte Aufregungen hervorgerufen. Nach Behandlung mit Vitamin B-Komplex, Vitamin A und E und Frenantol, reinigte sich die Zunge fast vollkommen. 6 Monate später, am 26. 2. 1953, aus demselben Grund geringfügiger Rückfall. Vollständige Besserung nach Behandlung mit Frenantol, Melcain und Impletol i. v. Anfang August 1953 schwerstes Rezidiv mit ausgedehnten leukoplakischen Auflagerungen auf der ganzen Zunge, entzündlichen Veränderungen und Geschwürsbildungen an den Rändern, wie

auf der Unterseite der Zunge. Vorausgegangen waren Angst und Erregungszustände infolge großer Sorge um eine Tochter. Die Patientin konnte weder essen noch sprechen und hatte außerordentlich starke Schmerzen. Auf Melcain und Impletol i. v. nach einigen Tagen erhebliche Besserung.
Auf Grund eines röntgenologisch erhobenen Zahnstatus wurden im Oktober 1953 sämtliche Zähne des Unterkiefers mit zahlreichen Granulomen entfernt. Danach war die Patientin beschwerdefrei. Anfang September 1955, also nach fast 2 Jahren, traten plötzlich tiefe Risse, Geschwüre und dicke leukoplakische Auflagerungen an der Zunge auf. Es entwickelte sich ein so starker Krankheitszustand, daß die Patientin nicht mehr gehen konnte und stationär aufgenommen werden mußte. Wegen ihrer Beschwerden hatte sie 14 Tage lang keine Nahrung zu sich nehmen können. Die Schwere des Krankheitsbildes wird auch dadurch beleuchtet, daß die Schwestern die Patientin ohne Anweisung in das Sterbezimmer gebracht hatten. Auch dieses Rezidiv war psychogen affektiv ausgelöst.
Nach den günstigen Erfahrungen mit Sedativis in den vorangegangenen Jahren schien ein Versuch mit einer Dämmerschlafbehandlung eine vielleicht aussichtsreiche Therapie.
So begann am 29. 9. 1955 eine Dolantin-Megaphen-Behandlung, und zwar mit 100 mg Dolantin und 50 mg Megaphen, die am 30. 9. mit der Hälfte der Dose fortgesetzt wurde. Zusätzlich erhielt die Patientin 300 000 Einheiten Vitamin A (Polybion, Evion und Cebion), allerdings hatte diese Behandlung keinen ausreichenden Erfolg, denn es gelang weder den Erregungszustand zum Abklingen zu bringen, noch konnten die unerträglichen Schmerzen befriedigend ausgeschaltet werden. Man mußte daher zu einem stärkeren Narkotikum greifen, nämlich Dilaudid forte cum Atropino. Vom 1. -9. 10. 55 erhielt die Patientin 2 - 4 mal täglich diese Medikation. Der Zungenbefund besserte sich deutlich und die Schmerzen begannen nachzulassen, daß die Patientin am 11. 10. 1955 wieder auf Dolantin-Megaphen-Atosil-Therapie umgestellt werden konnte. Ab 19. 10. 1955 nach Rückbildung der leukoplakischen Erscheinungen wurde zweimal täglich eine Tablette Megaphen verordnet. Entlassung aus dem Krankenhaus am 29. 10. 55. Eine Probeexcision ergab 1951 histologisch ein hyperplastisches Plattenepithel und eine unspezifisch granulierende Entzündung. Die Plattenepithelleisten waren in dem stark entzündlichen und infiltrierten Bindegewebe unscharf begrenzt. Trotz des fehlenden Basalsaumes kein Anhaltspunkt für Carcinom (Anders-Buchaly)
Häufig wiederholte Blutbildkontrollen ergaben stets einen normalen Befund, so daß es sich also in keinem Fall bei den Zungenerscheinungen um ein Perniciosa-Rezidiv gehandelt hat.
Die BSG war etwas erhöht.
Eine Fokus-Suche an Nebenhöhlen, Magen-Darmtrakt und Gallenblase verlief negativ, so daß also nach der Extraktion der beherdeten Zähne im Januar 1953 jetzt eine Fokalinfektion nicht als Ursache der immer erneuten Rück-

fälle angesehen werden kann. Auch die Leberfunktionsproben ergaben keinen pathologischen Befund. Bei diesem außerordentlich komplexen Krankheitsbild liegt zunächst eine vererbte, anlagebedingte Neigung zur Zungenleukoplakie vor, die sich von dem Vater auf die Patientin übertragen hat. Auf Grundlage eines perniciösen Krankheitsbildes und schließlich toxischer Zahnfoci wurde die Zungenleukoplakie manifest im Anschluß an einen psychischen Schock, so daß das auslösende Moment bei der Mehrzahl der Rezidive psychisch bedingt war. (Schock, Angst, Aufregung)
Eine vierwöchige Dauerschlafbehandlung, die zunächst erst durch Dilaudid forte cum Atropino ermöglicht werden mußte, brachte mit zusätzlichen Vitamingaben von A - E eine Besserung und schließlich Heilung der schweren organischen Veränderungen an der Zunge. Natürlich handelt es sich hierbei jedoch nur um einen symptomatischen und labilen Effekt, da die Patientin nach wie vor auf psychische Belastungen sofort mit einer Verschlechterung des Zungenbefundes reagierte.
Verfasser konnte dies bei einer plötzlichen Aufregung der Patientin (Operation an der Tochter) genau beobachten. Auch bei dieser seelischen Beanspruchung manifestierten sich organisch am locus minoris resistentiae der Zunge Rhagaden, die allerdings bald abheilten. Immerhin hat die Behandlung die schweren organischen und sehr schmerzhaften Veränderungen, sowie die erhebliche motorische Unruhe grundsätzlich gebessert. Obwohl die schwersten Zungenerscheinungen bald abklangen und die Nahrungsaufnahme sich dann ermöglichen ließ, trat die Heilung der Epitheldefekte und der leukoplakischen Auflagerungen erst nach längerer Zeit ein. Nach 3 Monaten konnte die Patientin ihr Gebiß wieder tragen und hat bis heute durch die Zahnprothese keine Beschwerden. Eine kleine knopfförmige Leukoplakie im Zentrum der Zunge als letzter Restzustand konnte mit Cytobionmedikation behoben werden.

Man hat sich also auf die Dämpfung des Cortex, des Zwischenhirnes und der Peripherie im Sinne eines parasympathischen, spasmolytischen und gefäßerweiternden Effektes beschränkt. Eine vielleicht kausale psychotherapeutische Behandlung war in diesem Rahmen nicht gegeben und wird vom Verfasser zur Diskussion gestellt.

Daß auch an eine schuldhaft-hypochondrische Einstellung der Patienten bei leukoplakieähnlichen Veränderungen an der Mundschleimhaut zu denken ist, daran erinnern KLEINSORGE und KLUMBIES (74) mit einem Fall. "Im nachstehend aufgeführten Fall ist es schwer zu entscheiden, wie weit die geschilderten Beschwerden und die Leukoplakie durch psychische Faktoren zumindest mitbedingt sind oder aus einem hypochondrischen Kausalitätsbedürfnis auf die sexuellen Erlebnisse bezogen werden":

Die Sprechstunde suchte ein 42-jähriger Facharbeiter auf, der über Schmerzen im Mund, Zungenbrennen und pappigen Geschmack klagte. Diese Be-

schwerden bestanden mit Unterbrechungen seit ca. 20 Jahren. Seit 2 Jahren traten weiße Flecken in der Mundschleimhaut auf, die ihn stark beunruhigten. Patient gibt an, schätzungsweise schon 50 Ärzte aufgesucht zu haben. Es seien, da er den Verdacht auf eine venerische Erkrankung habe, Dutzende von WaR-Untersuchungen angestellt worden, die alle negativ ausgefallen sind. Patient ist das letzte von 5 Kindern. Unauffällige schulische Entwicklung. Kohabitarche 19-jährig mit gleichaltriger Partnerin. Das Verhältnis bestand 4 Jahre, während welcher er ausschließlich mit diesem Mädchen verkehrte. Im 3. Jahr der Bekanntschaft versuchte der Patient, angeregt durch eine entsprechende Lektüre, nach Alkoholgenuß unter äußerst ungünstigen Umständen in einem Hausflur die Ausübung des Cunnilingus bei seiner Partnerin. Es sei dabei nur zu einer einmaligen, ganz oberflächlichen, flüchtigen Berührung gekommen. Er habe aber sofort ein starkes Brennen auf der Zunge verspürt und wurde von einer "irrsinnigen Angst" befallen, sich angesteckt zu haben. Trotzdem dauerte das Verhältnis zu diesem Mädchen noch 1 Jahr ungestört an. 1938 Eheschluß mit einer anderen Partnerin, von der er jedoch 1939 - 1947 durch Militärdienst und Gefangenschaft getrennt wurde. Während dieser Zeit, die ihn vom weiblichen Geschlecht isolierte, war er beschwerdefrei.

Er kehrte als Dystrophiker zu seiner Frau zurück, die sich vor seinem elenden Zustand ekelte und die Wiederaufnahme genitaler ehelicher Beziehungen ablehnte. Ehescheidung. 1949 Wiederverheiratung aus rein rationalen Überlegungen. Die zweite Ehefrau, eine Witwe, verfügte über Barvermögen und ein eigenes Haus. "Die Frau herrscht über mich. Sie versucht mich wie ihren Dienstboten zu halten. Sie kontrolliert mein Einkommen, schreibt mir vor, was ich ausgeben darf". An genitalen Begegnungen hat der Patient kein Interesse. Infolgedessen ist die unbefriedigte Frau eifersüchtig und wirft dem Patienten seine geringe sexuelle Leistungsfähigkeit vor. "Ihr erster Mann sei viel besser gewesen". Bei jedem Kohabitationsversuch kommt dem Patienten die Erinnerung an den erwähnten versuchten Cunnilingus und die vermeintliche venerische Infektion. Diese Vorstellung bewirkt sofortige nervöse Detumeszenz und führt bestenfalls unmittelbar post immissionem zur Ejaculation praecox.

Dieselben Autoren machen noch auf die Leukoplacie neuro-arthritique irretative (BROCQU) aufmerksam. Diese Art der Leukoplakie ist eine Erkrankung junger Menschen beiderlei Geschlechts, deren besondere Auffälligkeit darin besteht, daß sie immer mit Arthritis, Dyspepsien und Enterokolitiden vergesellschaftet vorkommt und sich in psychisch bedrückenden Situationen verschlechtert.

III. DER GEMÜTSEINFLUSS AUF PARADENTOSEN

Unter dem Sammelbegriff der Paradentose haben wir es sowohl mit reinen Abbauvorgängen, wie auch Umbauvorgängen und z. T. Aufbauerscheinungen zu tun, sowohl Vorgängen, welche frei von Entzündungen sind, als auch Vorgängen, bei denen Entzündungen am Zahnhalteapparat vorherrschen, ob sichtbar beginnend vom Zahnfleischrand ausgehend oder durch Abschliffe beim Schmelz, endend in Veränderungen des Zahnmarks des Periodontiums, dem Pulpentod oder der infektiösen Entzündung der Pulpa. Es gibt keinen Teil des Organon dentale, welcher nicht an den Paradentoseerscheinungen beteiligt wäre. Welches sind nun die Ursachen dieser so unheilvollen Erkrankung? Trotz Schaffung des sogenannten "Großen Pa-Status", der der Ursachenforschung der Paradentose dienen sollte, wissen wir alle, wie weit wir mit diesen Bemühungen gekommen sind!

Mehr und mehr kommt man zu der Einsicht, daß auch psychische Störungen zu den Ursachen gezählt werden müssen; denn beim Zustandekommen der Paradentose spielen eine Reihe von Bedingungen mit, deren Erforschung wesentlich ist für Prognose und Therapie. Es dürfte so deutlich genug zum Ausdruck gebracht worden sein, daß die Paradentose durch allerlei Ursachen bedingt ist, wobei, das sei mit Nachdruck betont, die psychogenen Überlagerungen eine wesentliche Rolle spielen. Wir alle wissen, welchen Einfluß unsere Psyche auf den Ablauf einer Krankheit haben kann. So lange jedoch die übrigen Faktoren überwiegen, merken wir nur eine Besserung, jedoch keine Heilung. Überwiegt aber die psychogene Komponente, so ist die Heilungstendenz - wenn wir psychotherapeutisch einwirken - eine weit günstigere. Es ist sogar wahrscheinlich, daß die übrigen störenden Faktoren, die in Gemeinschaft mit den psychischen eine verheerende Wirkung entfalten, kapitulieren, wenn ihres Bundesgenossen durch psychotherapeutische Maßnahmen geschwächt werden, so daß eine vollkommene Heilung sehr wohl im Bereich der Möglichkeit liegt. Auf Grund dieser Überlegungen braucht man sie vielleicht auch nicht zu wundern, daß bei der üblichen Behandlung der Paradentose, meistens nur von einer Besserung die Rede ist, weil eben das psychische Moment zu wenig berücksichtigt wird.

Obwohl auf diese Tatsache schon um die 30iger Jahre durch die Autoren HEINRICH (60), SACHS (103), FROHMAN (41) und J.H. SCHULTZ (112) durch Veröffentlichungen hingewiesen wurde, macht sich auch heute noch unter den Zahnärzten eine allgemeine Skepsis gegenüber dieser psycho-somatischen Denkart breit. Dabei wird jeder dieser Zahnärzte zugeben müssen, die Gelegenheit hatten, über längere Zeit Paradentosenkranke zu behandeln, daß Exazerbationen im Gefolge von Kummer und Sorge und nach nervenerregenden Vorfällen und Remissionen bei Eintreten ruhiger, sorgenloser Verhältnisse sehr häufig sind. Man muß danach van CLEEF Recht geben, wenn er die Paradentose für eine somatische Manifestation des depressiven Typs hält. Wie weit man HEINRICH (58) Recht geben kann, daß kein Paradentosekranker seelisch intakt sei, muß die Zukunft erbringen. "Nicht leibliche, sondern seelische Diätfehler sind die Ursache

der Paradentose."

Auffällig ist gerade während und nach dem letzten Kriege das Ansteigen der paradentalen Krankheiten aller Grade unter den Kriegsteilnehmern und deren Angehörigen gewesen. Ebenso wurde das unter den politischen Flüchtlingen aller Länder festgestellt (PROSSER) (97). Daß diese Gruppen ganz besonders Gemütsstörungen ausgesetzt sind, steht außer Zweifel. Auch die Heranwachsenden beiderlei Geschlechts mit ihren Seelenkonflikten in Liebesangelegenheiten, überhaupt Ehe- und Scheidungskrisen gehören hierher. Enges Zusammenleben für lange Zeit mit anderen Menschen z.B. in Internaten, auf Kriegsschiffen, in Gefängnissen usw.. haben oft Gemütsstörungen wie sexuelle Konflikte zur Folge, die sich in einer Verschlimmerung der Paradentose äußern. Der Mund und besonders der Zahnhalteapparat werden mit Affekten belastet oder psychoanalytisch ausgedrückt: libidinös besetzt.

Dazu folgender Fall:

> Ein junges Mädchen litt jedesmal unter Paradentose, wenn das Verhältnis zu ihrem Geliebten nicht reibungslos verlief. Die paradentalen Erscheinungen verschwanden, sobald diese kritischen Situationen bereinigt waren, indem durch liebevolle Zuneigung von Seiten ihres Partners sie in ihrem Glauben an ihn gestärkt wurde.

Beim Fortschreiten des Krankheitsprozesses kann sich dann überhaupt die Gesamteinstellung des Patienten ändern. Er fühlt sich krank; er weiß trotz Beobachtung seiner Zähne nicht so recht, was ihm fehlt. Schließlich kommt es dann so weit, daß der psychisch erwirkte Krankheitszuwachs behandlungsbedürftiger wird als die Paradentose selbst. MENG (87) gibt dazu vier interessante Krankengeschichten:

Krankengeschichte Nr. 1

> Mann von 40 Jahren, Astheniker wurde wegen eines Ehekonfliktes und einer seit damals seit 5 Jahren bestehenden Impotenz vom Hausarzt zur psychologischen Behandlung überwiesen. Aus der Anamnese interessieren folgende Einzelheiten: Der Patient hatte neben rezidivierenden, chronisch ulcerösen Magen-Darmaffektionen innerhalb von 12 Jahren 10 Unfälle, vor allem beim Sport und gelegentlich in seiner kaufmännischen Berufstätigkeit. In der analytischen Arbeit entpuppten sie sich zum größten Teil als Äquivalent seiner Angst und seelischen Unsicherheit. Stigmate einer "vegetativen Neurose" waren nachzuweisen. Es bestand eine Zwangsneurose, welche als Angstneurose begonnen hatte. In der gleichen Zeit, in welcher die Impotenz eingesetzt hatte, war der Patient wegen einer schweren Paradentose in zahnärztliche Behandlung getreten. Es wurden damals fast alle Zähne extrahiert. Eine durch längere Zeit fortgesetzte hormonale Behandlung der Impotenz hatte keinen Erfolg gebracht. Dagegen war sie - wie andere Zwangssymptome - einer seelischen Behandlung zugänglich. Die tiefenpsychologische Behandlung ergab, daß die Impotenz mehrfach determiert war: Abwehr gegen die männliche Frau, Angst vor den Folgen jugendlicher Onanie und Rache -

als zwangsneurotisches Symptom - für Abweisungen durch Frauen. Das in der psychologischen Behandlung zutagegeförderte Material legt den Verdacht nahe, daß die Zähne, wie auch der Magen-Darmtrakt "Erfolgsorgane" seiner Neurose waren. Es waren also offenbar physiologische Voraussetzungen für den Ausbruch einer Paradentose in den Dienst der Neurose gestellt worden. Es war ein circulus vitiosus entstanden, in dem die neurotische, seelische Zerrissenheit des Patienten zur Bildung von Angstäquivalenten geführt hatte, wie Impotenz, lokale Spasmen im Magen-Darmtrakt und paradentotisches Vorstadium mit atrophischen Störungen.

Krankengeschichte Nr. 2

Frau B., 42 Jahre, Pyknikerin, wird wegen Pruritum vulvae mit Leukorrhoe zur psychologischen Behandlung überwiesen, da starker Verdacht auf Neurotisierung vorliegt.

Zeitweise, vor allem vor der Menstruation, besteht eine heftige Steigerung der Symptome bis zur Unerträglichkeit des Juckens, besonders nach Ehekonflikten und Eifersuchtsszenen mit dem Ehemann. Es handelt sich um Attacken psychogen bedingter Depressionen. Es bestanden keine Anzeichen einer Menopause. Nachweis einer (nach WESKI) partiell atrophischen Paradentose (von dystrophischem Typ), die kurz nach der gynäkologischen Erkrankung ausgebrochen war. Die seelische Analyse, vor allem die des unbewußten Sinnes der Symptombildung und die Struktur der Phantasien und Träume, verrieten, daß die Patientin halb bewußt halb unbewußt Selbstmordphantasien und Tötungswünsche ihrem Manne gegenüber somatisierte. Unter diesen Somatisierungen waren Leukorrhoe, Pruritus vulvae und Erkrankungen des Paradentiums Begleiterscheinungen und gelegentlich Äquivalente ihrer Depression. Während der seelischen Behandlung klangen die neurotischen Symptome ab. Die gynäkologische Affektion heilte ohne lokale oder hormonelle Behandlung, die früher ohne länger dauernden Erfolg durchgeführt war. Die Paradentose konnte während der seelischen Behandlung zahnärztlich weitgehend gebessert werden, ohne voll auszuheilen.

Krankengeschichte Nr. 4

Mann, 32 Jahre, konstitutioneller Mischtyp mit stärkerem Durchschlag des pyknischen Körperbaues soll wegen "neurotischer Depressionen" psychologisch behandelt werden. Patient leidet an Magen-Darmbeschwerden, die als organneurotische Symptome diagnostiziert wurden. Seit mindestens 10 Jahren bestehe eine Gingivitis chronica, die sich nach Angaben eines Zahnarztes allmählich in eine Paradentose verwandelt hatte. Der Patient hatte die verordnete tägliche Lokalbehandlung sehr mangelhaft durchgeführt.

Zuerst wurde - wie üblich - eine psychologische Probebeobachtung durchgeführt. Nun ereignete es sich in der Probezeit, daß der Vater des

Patienten unerwartet durch einen Unfall starb. In den darauffolgenden Tagen rascher Rückgang der organneurotischen Beschwerden. Der Patient ist mit dem Vorschlag einverstanden, mit der seelischen Behandlung auszusetzen und abzuwarten. Das wenige zutagegeförderte psychologische Material und die Tatsache der bewußten paradoxen Verarbeitung des Todes vom Vater verrieten, daß sich der Patient befreit fühlte vom väterlichen Druck. Dieser Druck war ihm früher nur selten bewußt geworden, gelegentlich in den Ferien. Dazu kam, daß der Patient offenkundig bisher nicht gewagt hatte, als Mann auszureifen. Er blieb seelisch im Pubertätsalter stecken. Eine Psychotherapie fand nach dem Tode des Vaters nicht mehr statt. Der Patient reifte relativ schnell nach; er wurde im Laufe der nächsten zwei Jahre selbst Vater, nachdem er bereits zu Lebzeiten des Vaters eine Ehe eingegangen war, die früher öfters durch Störungen im Liebesleben beider Eheleute erschwert war.

Die zahnärztliche Behandlung der Paradentose wurde nach dem Tode des Vaters mit den früher auch schon angewandten Mitteln fortgesetzt und zwar mit besserem Erfolg. Der Patient schien mit weit größerem Interesse und Geschick die lokale tägliche Zahnpflege durchzuführen (Reinlichkeit ist vor allem auch ein seelisches Problem). Vielleicht äußerte sich in diesem "gesunden Leistungssymptom" eine neue positive Einstellung zum Leben. Man ist berechtigt - auch auf Grund paralleler Beobachtungen an anderen Patienten nach dem Tode von Familienmitgliedern, an die eine krankhafte Bindung bestand - den Schluß zu ziehen: bei dem Patienten hat sehr wahrscheinlich der Tod des Vaters eine seelische Katharsis der aufgestauten Affekte und Komplexe in Gang gebracht. Die Stärke seines Ich wuchs, nachdem zuvor die unproduktive Bindung teilweise das Ich absorbiert hatte.

Krankengeschichte Nr. 4

Mann, 28 Jahre, kommt wegen Zweifelsucht und gelegentlichen Depressionen zur psychologischen Beobachtung.
Die Anamnese ergab unter anderem folgendes:
In der Nachpubertätszeit (1922) Verstimmungen und zwangsneurotische Zweifel. Beide Symptome treten besonders intensiv auf nach einer, wie der Patient sagt, "schweren Enttäuschung an der Mutter". Sie hatte 1922, nach zweijähriger Witwenschaft wieder geheiratet. In dieselbe Zeit fällt eine explosionsartige Verschlechterung seiner Zähne. Nach der Schilderung handelte es sich 1922 um eine schwere Gingivitis mit paradentotischen Symptomen. Bei der späteren Depression im 28. Lebensjahr wird die Diagnose der Paradentose zahnärztlich gesichert. Wegen raschen Wegzuges des Patienten wird im selben Jahr die seelische Behandlung abgebrochen.

Die Daten aus der Vorgeschichte der Pubertät machen es sehr wahrscheinlich, daß ein "Äquivalent der Mutterenttäuschung" Hauptanlaß zur Mobilisierung von neurotischem Material aus der Kindheit war. Die Original-

auflage der Neurose im 5. Lebensjahr hat eine zweite Auflage in der Pubertät und Nachpubertät, eine dritte im 28. Lebensjahr erlebt.

In diesem Zusammenhang muß auch noch auf das nächtliche Zähneknirschen und -pressen, eine der wenig bekannten Ursachen der Paradentose, eingegangen werden. Wir wissen, daß Angstaffekte, Sorgen wirtschaftlicher, gesundheitlicher oder erotischer Art, sowie ablehnende Willensimpulse mit der Verlagerung auf das Kauorgan abreagiert werden. Dabei kommt es zu einer Dauer-Überbelastung des Kauorgans: Die Zähne werden in die Alveole hineingepreßt, die innerhalb des Periodentalspaltes laufenden Gefäße werden für die Dauer eingeengt bzw. abgepreßt, und der Blutstrom der Kapillaren verlangsamt oder gar zum Stillstand gebracht. Die Folgen werden entweder eine Hyperämie bei Abklemmung nur des venösen Abflusses oder gar eine vollständige Anämie bei Abklemmung auch des arteriellen Zustromes sein. In beiden Fällen aber ist eine ernstliche Störung in der Ernährung des Zahnhalteapparates zu erwarten, die sich auf die Dauer begünstigend auf die Erkrankung im Sinne der Paradentose auswirken wird.

Wir sehen z.B. eine rapide Verschlechterung der bestehenden Paradentosen bei Frauen zwischen 40 - 50 Jahren, die in der Erwartung des Klimakteriums stehen. Sie spüren das Altern genau berechenbar auf sich zukommen, glauben dadurch ihre erotische Anziehungskraft bei ihren Ehemännern einzubüßen und reagieren durch Knirschen ihre inneren Nöte ab. Aber auch überspannte Geschäftsleute, Politiker, Angestellte, Soldaten und auch Kinder mit ihren vielfachen Seelenstörungen gehören zur Schar der Knirscher. Auch die dauernd gestörte Nachtruhe durch den immer größer werdenden Lärm kann in unbewußter Abwehr als für die Gesundheit als schädlich empfundene Störung mit Zähneknirschen beantwortet werden und der Paradentoseerkrankung förderlich sein.

Die paradentotischen Veränderungen an einem Organ, das wegen seiner Wichtigkeit schon normalerweise für das Bewußtsein als auch für das Unbewußte im Vordergrund des Interesses steht (Sprache, Nahrung, Aberglauben, Symbolik der gesunden Zähne), führen dann sehr leicht zu einer affektiven Belastung. Dadurch wird die Paradentose zu einer Organneurose.

FROHMAN (42) gibt dafür einige Beispiele. Er ist auch der Ansicht, daß die Paradentose mehr als ein Symptom als eine primäre Erkrankung anzusehen sei. Folgender Fall zeigt, wie zuerst unbewußt und dann bewußt die Paradentose im Seelenleben einer Patientin sich abspielt:

> Bei einer 32-jährigen, verheirateten Portugiesin war vor drei Jahren als "letzte Maßnahme" eine chirurgische Paradentosebehandlung durchgeführt worden. Die Patientin war bis dahin mehrere Jahre hindurch in Behandlung eines Zahnarztes gewesen. Starke andauernde Blutungen des Zahnfleisches, Lockerung der Zähne, sowie allgemeine Überempfindlichkeit des Mundes hatten eben diesen sie behandelnden Zahnarzt veranlaßt, der Patientin einen radikalen chirurgischen Eingriff zu empfehlen. Wie die Kranke erzählt, dachte sie vor Beginn ihres Leidens niemals an ihre Zähne. Der Er-

folg der Operation war scheinbar ausgezeichnet. Bald erholte sie sich vom postoperativen Schock, ihr Zahnfleisch wies einen guten Zustand auf, und der unmittelbare chirurgische Effekt konnte durchaus als befriedigend angesehen werden. Die seelische Haltung der Patientin änderte sich aber trotzdem. Der bisher unbewußte Krankheitswert wurde ebenso wie der Symbolwert der Zähne infolge des postoperativen Traumas bewußt. Von dieser Zeit an begann die Patientin, sich ihrer Zähne "bewußt" zu werden. Sie suchte und fand bald Leidensgefährten, die ähnliches erlebt hatten. Patientin produzierte nun alle möglichen Krankheitssymptome, die nur im Bereich des Mundes gelegen waren.

Der behandelnde Zahnarzt schickte die Patientin zum Psychotherapeuten, der folgendes feststellte: "Auch in diesem Fall sehen wir die beiden Traumen: Das chirurgische und das psychische Trauma. Patientin litt unter der geradezu zwanghaften Zwangvorstellung, alle ihre Zähne zu verlieren. Des Nachts, im Traum, verstärkte sich diese Angst in ihrem unbewußten Fühlen derart, daß sie, laut knirschend und die Zähne aneinanderpressend, sich in ihren Träumen immer wieder zahnlos sah, welchem Zustand sie, ihren eigenen Worten nach, den Tod bei weitem vorziehen würde. Am Tage preßte sie die Finger gegen die Zähne, eine Gewohnheit, die sie selbst - ohne auch nur im geringsten von mir beeinflußt zu sein - als 'unbewußt' bezeichnete, als von dem Wunsche geleitet, ihre Zähne, die doch ' im Herausfallen' waren, wieder in den Kiefer hineinzupressen. Patientin sah den Tag kommen, an dem ihre Zähne so locker geworden waren, daß ihr einer nach dem anderen gezogen werden mußte.

Alle ihre Träume und Phantasien beinhalteten diesen Konflikt. Immer wieder kamen Angstträume, die das Zahnmotiv in zahllosen Varianten symbolisch darstellten. Die Grundstimmung der Patientin war wohl außerordentlich heiter. Sie schien eine gesunde, robuste, in ihrer Art geradezu 'draufgängerische' Natur zu sein, ein Mensch, der auf den ersten Blick den Eindruck völliger Sorglosigkeit macht.

Als sie bei ihrem ersten Besuch in meiner Ordination klagte, daß ihre Zähne sie noch 'verrückt' machen würden, legte ich diesem Ausspruch nicht sonderlich viel Bedeutung bei. Erst als sich im weiteren Verlauf der analytischen Behandlung Wichtigkeit und Einfluß ihrer Zahnkrankheit für die gesamte Lebensführung der Patientin offenbarte, konnte ich den vollen Ernst dieses Zahnproblems ermessen."

Aus der Zwangsvorstellung heraus, alle ihre Zähne verlieren zu müssen, manifestiert sich bei der Patientin ein Angstkomplex, der sie auch nachts nicht losläßt. Ausdruck dieser Tatsache ist das nächtliche Knirschen und Aneinanderpressen der Zähne. So bestätigen auch hier wieder die Affektbesetzung des Paradentiums, der Symbolwert der Zähne, die vorzeitige Lockerung der Zähne symbolisch gedeutet für den Wunsch, das Leben zu beenden, psycho-somatische Zusammenhän-

ge beim Zustandekommen der Paradentose.

IV. KRANKHEITEN DER MUNDHÖHLE ALS HAUPTINHALT EINER WAHNIDEE

GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Die Furcht, sich mit einer Geschlechtskrankheit infiziert zu haben, ist auch heute noch in allen Schichten der Bevölkerung überaus groß, obwohl die Geschlechtskrankheiten in unseren Breiten eindeutig im Rückgang begriffen sind. Für die Mehrzahl der hier gemachten Beobachtungen wird allgemein die Bezeichnung "Phobie" (z.B. Syphilisphobie) angewandt. SCHUERMANN (108) hält diese Bezeichnung für nicht zutreffend und empfiehlt die Bezeichnung "Geschlechtskrankheitenwahn", da die entsprechenden Personen ja nicht fürchten, eine Geschlechtskrankheit zu erwerben, sondern für sie steht unumstößlich fest, daß sie an einer derartigen Erkrankung leiden. In jeder Sprechstunde für Haut- und Geschlechtskranke kann man Patienten mit dieser Wahnidee beobachten und man wird die Feststellung treffen können, daß ein sehr hoher Prozentsatz auf das 40. bis 50. Lebensjahr fällt. Auch STERN (121) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß junge Menschen sehr wenig mit dieser Wahnvorstellung behaftet sind. Ebenso häufig wie die Patienten, die nach irgendwelchen sexuellen Erlebnissen mit verdächtigen Personen glauben, "sich etwas geholt zu haben", sind die, die - ohne überhaupt jemals sexuelle Beziehungen gehabt zu haben - von dieser Vorstellung besessen sind.

"Ich schenke diesem Syndrom eine besondere Aufmerksamkeit, da es keinerlei nosologische Selbständigkeit beanspruchen kann. Es ist daher unumgänglich, wenn diesen Kranken geholfen werden soll, daß in jedem einzelnen Fall eine psychiatrische Klärung der Grundkrankheit erfolgen muß" (SCHUERMANN) (108). Wenn es sich hier auch eigentlich nicht um Störungen von Körperfunktionen psychogenen Ursprungs handelt, so gehört die Erörterung dieses Leidens doch in eine zusammenfassende Darstellung der psycho-somatischen Beziehungen, denn auf der einen Seite ist die Angst vor der Geschlechtskrankheit nicht selten hauptverantwortlich für das Auftreten somatischer Störungen, auf der anderen Seite klärt eine Erörterung dieses Geschlechtskrankheitenwahns die psychischen Zusammenhänge in bezug auf psychosomatische Störungen.

Die einzige statistische Abhandlung, die in der Literatur über dieses Syndrom existiert, stammt von SCHUERMANN (108), der in der Nachkriegszeit von 1946 - 51 an der Würzburger Universitäts-Hautklinik unter rund 50 000 Zugängen bei 67 Kranken (65 Männer, 2 Frauen) Geschlechtskrankheitenwahn diagnostizierte, d.h. auf 750 Zugänge kommt eine derartige Erkrankung. Er stellt weiter fest, daß 3/4 aller dieser Kranken aus östlichen Gebieten geflüchtet sind, aus Oberschlesien, Polen, Ukraine usw. Diese Tatsache, die verschiedensten Erlebnisse auf der Flucht, im Lager, die ständige Sorge um die Ausreisegenehmigung, die vom Nichtbehaftetsein mit Geschlechtskrankheiten letzten Endes abhängt, mögen

erklärlich machen, daß gerade unter diesen aus dem Osten stammenden Personen ein derartig häufiges Auftreten dieses Syndroms beobachtet wurde. Interessant für die Ätiologie ist aber noch, daß diese 67 Kranken durchweg vom Psychiater entweder als "konstitutionelle Hypochonder, ängstlich-selbstunsichere Psychopathen mit anankastischen Wesenszügen, Schizophrene mit hypochondrischer Wahnbildung oder vor allem als endogen Depressive" charakterisiert wurden.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Hospital Broca in Paris (damaliger Leiter Dr. P. de GRACIANSKY (48) liegen für mein Thema mehrere interessante Beobachtungen vor, von denen hier folgender Fall gebracht werden soll:

> Es handelt sich um eine Patientin von 52 Jahren unverheiratet, kaufmännische Angestellte. Die Patientin hat ihre Mutter verloren, als sie selbst 3 1/2 Jahre alt war. Der Vater hat sie dann bis zum Alter von 6 Jahren bei sich behalten, dann hat er sie zu Schwestern in Pension gegeben. Die Kranke fühlte sich unglücklich und litt sehr unter dem Mangel an Liebe und Zärtlichkeit. Sie war eine gute Schülerin und hat die Schule bis zum Alter von 16 Jahren besucht. Sie hätte gern ihre Ausbildung fortgesetzt, aber es standen dazu nicht die Mittel zur Verfügung. Sie hat dann eine Ausbildung für den kaufmännischen Beruf erhalten und hat immer in demselben gearbeitet. Nachdem sie im Anfang häufiger die Stellen gewechselt hat, hat sie jetzt seit 12 Jahren die gleiche Stellung, aber sie ist mit ihrer Arbeit nicht sehr zufrieden. Sie hat ihr Auskommen. Die Kranke hätte sich gern verheiratet und Kinder gehabt, aber sie hat eigentlich nie recht die Gelegenheit dazu gehabt, außer einmal, aber hier ist der Verlobte bei einem Verkehrsunfall auf der Straße getötet worden. Sie hat aber eine Reihe von Beziehungen mit Männern gehabt, meist von sehr langer Dauer. Im Alter von 23 Jahren ist sie angeblich infiziert worden von einem Manne, den sie nicht kannte und mit dem sie keinen Geschlechtsverkehr hatte. Er hat sie umarmt und auf den Mund geküßt und sie behauptet, 3 Wochen danach einen Primäraffekt an der Lippe gehabt zu haben. Sie ist dann 13 Jahre hindurch behandelt worden; seit dem Ende der ersten Behandlungsserie sei die serologische Reaktion immer negativ gewesen. Die Patientin hat zehn Jahre hindurch mit einem Mann zusammengelebt, der 20 Jahre älter als sie war. Sie hat ihn nicht wirklich geliebt, er war für sie mehr ein Vater. Sie hat gewußt, daß er sie mit einer anderen Frau betrog, darüber war sie enttäuscht, aber sie hat sich nicht von ihm trennen können. Er ist dann an einem Karzinom gestorben. Nach seinem Tode hat sie zwei Jahre lang allein gelebt, dann fand sie einen anderen Mann; dieser hat sie mit ihrer eigenen Schwester betrogen. Das hat sie dieser nie vergessen können, und sie hat sich deswegen mit ihr entzweit. Dann hat sie wiederum eine Zeit hindurch allein gelebt, und als sie auch dies nicht mehr ertragen konnte, hat sie eine neue Beziehung mit einem Manne geknüpft, der verheiratet ist, und mit dem sie daher nicht zusammenwohnen

konnte. Dies sei ihre einzige wirkliche Liebe gewesen. Nach einer Reihe von Jahren hat er sich vor 3 Jahren von ihr getrennt; er hat als Grund dafür angegeben, daß er selbst nun auch älter werde und nicht mehr ein doppeltes Leben führen, sich zwischen seiner Familie und ihr teilen könne. Sie war darüber sehr unglücklich, war depremiert, wollte sich das Leben nehmen. Ein Jahr nach dieser Trennung kam aber der Freund wieder zurück, während seine Familie in den Sommerferien auf dem Lande war, um sie dann nach Schluß der Ferien wieder zu verlassen. Das gleiche wiederholte sich dann noch einmal ein Jahr später. Als er sich dann von ihr trennte, hat er ihr wiederholt, daß er sein Leben nicht zwischen ihr und seiner Familie teilen könne. Sie hofft aber immer, daß er doch wieder zu ihr zurückkehren werde. Die Kranke weiß aber auf der anderen Seite, daß diese Hoffnung eine Illusion ist. Die Patientin, die ihre ersten Menses mit 15 Jahren hatte, hat sie seit 2 Jahren nicht mehr. Die ganzen letzten Jahre hindurch hatte sie schon immer die Befürchtung, daß ihre alte Syphilis "sich reaktivieren" könne, und sie hat alle paar Wochen eine Blutuntersuchung machen lassen und ihren Körper überwacht. Aber Blutuntersuchung und Untersuchungen durch Spezialisten waren stets negativ, und im Anfang ließ sie sich immer einige Zeit damit beruhigen. Jetzt aber nützt ihr dies nicht mehr, sie wird den Gedanken nicht los, syphilitisch zu sein. Seit 3 Monaten leidet sie an Allopecie, sie führt dies, trotz der gegenteiligen Versicherung der Spezialärzte, die sie konsultiert hat, auf die frühere Syphilis zurück und sieht darin den Beweis für deren Reaktivierung. Die Patientin meint jetzt, ihr Freund, dem sie nie von der früheren Erkrankung erzählt hat, habe dies jetzt doch irgendwie erfahren, und dies sei der Grund dafür, daß er sie verlassen habe. Sie wirft sich vor, ihn angesteckt zu haben und damit auch seine Frau und seine Kinder. Sie gibt dann zu, daß dies wahrscheinlich alles falsch wäre und nur in ihrer Einbildung existiere. Sie sagt selbst: "das nennt man Syphilophobie". Im Grunde aber ist sie vielleicht doch nicht so ganz überzeugt, daß es sich nur um eine Einbildung handle. Sie sagt ein anderes Mal, daß sie, wenn man mit ihr spreche und ihr die Dinge auseinandersetze, dies einsehe, aber am folgenden Tag doch wieder meine, krank zu sein. Die Patientin gibt zu, eifersüchtig auf die Frau ihres Freundes zu sein, die "alles habe", während sie selbst doch "eine Fremde in seinem Leben" sei. Sie kann sich mit der Trennung nicht abfinden. Sie wirft sich ihre "sexuelle Unbeständigkeit" vor, gibt sich darüber Rechenschaft, daß es jetzt für sie zu spät ist, ihr Leben in sentimentaler Hinsicht neu anzufangen. Sie fühlt sich allein im Leben und einsam; ihre Brüder und Schwestern sieht sie nie, Freunde oder Freundinnen hat sie nicht, sie lebt vollkommen isoliert. Sie versucht immer wieder von neuem, die Beziehung mit ihrem Freunde wieder aufzunehmen, aber sie sieht, daß dies nicht geht. Sie sagt dann selbst: "ein vollkommen verfehltes Leben". Während man sich mit der Kranken beschäftigt, kommt sie eines Tages voll-

kommen aufgelöst, daß ihr Wohnungsnachbar unter dem Vorwande sich etwas von ihr zu leihen, am Abend zu ihr gekommen sei, sie an die Wand gedrückt und geküßt habe. Es sei ein "übles Individuum", wahrscheinlich krank; sie habe sich hinterher übergeben müssen. Zu Weiterem sei es nicht gekommen, da sie sich verteidigt habe. Sie spricht jetzt von einer "Reinfektion", verlangt, daß man ihr eine Blutprobe mache, beobachtet sich, kommt nach einer Woche wieder mit dem Wunsch, genau untersucht zu werden, sie habe eine Schwellung im Munde und an der Lippe. Sie kommt dann immer wieder mit der Bitte um eine erneute Blutuntersuchung, klagt über Schwellung und Schmerzen im Munde. Alle Untersuchungen sind negativ.

Bei dieser Frau, die trotz wiederholter negativer serologischer Untersuchungen nie die Befürchtungen und Vorstellungen losgeworden ist, kann man geteilter Meinung sein, ob sie überhaupt vor 23 Jahren überhaupt eine Syphilis hatte. Grundsätzlich aber steht fest, daß gerade einmal früher Infizierte zu den immer wieder regelmäßig Erscheinenden in der Sprechstunde zählen, weil sie Angst vor einer Reaktivierung, gelegentlich auch Reinfektion, haben. Oft hat man dem Liebes- oder Ehepartner die frühere Erkrankung verschwiegen und fürchtet nun, sich dadurch dem Partner gegenüber, seinen Kindern oder seiner Ehefrau schuldig gemacht zu haben, weil man ihn angesteckt hat. Das Schuldgefühl ist ja dafür prädestiniert, daß es zu psychischen Phänomenen Anlaß geben kann. Das Auftreten von organischen Symptomen bedeutet in diesem Falle aber nicht, wie meist, eine Erleichterung von der Angst- und Schuldgefühlen, sondern verstärkt diese, weil die betreffenden Personen darin die Bestätigung ihrer Befürchtungen einer Infektion sehen und den Eindruck eines verpfuschten Lebens deutlicher denn je zu spüren bekommen, zumal wenn sich gleichzeitig - wie in dem vorliegenden Fall - der Liebhaber sich gegen den Willen des Erkrankten trennt.

WAHNHAFTER PARASITEN-BEFALL

Patienten, deren Krankheit in einer wahnhaften Vorstellung besteht, auf oder unter ihrer Haut lebten Tiere, Ungeziefer oder Parasiten sind nicht sehr häufig. Durchweg handelt es sich um Personen im Praesenium oder Senium. Extremste Seltenheit in der Praxis aber scheinen Fälle zu sein, bei denen sich dieser Dermatozoenwahn nicht auf die Haut, sondern auf das Gebiet der Mundhöhle bezieht.

Ebenso schwierig wie selten ist die Einordnung dieses Krankheitsbildes; sie muß wohl dem Psychiater überlassen bleiben. Denn die Bezeichnung "Parasitophobie" wird hier ebenso abgelehnt. Dagegen bringt HASE eine verwertbare Gliederung des sog. "Pseudoparasitismus". Er teilt die Fälle in drei Gruppen ein, wobei in der ersten die Patienten sind, die ein schreckliches Grauen vor bestimmten Tieren wie Spinnen, Raupen, Fröschen usw., haben, und diese beim Auftreten mit allerlei Mitteln bekämpfen. Die zweite Gruppe besteht aus Personen, die so fest davon überzeugt sind, von Ungeziefer befallen zu sein, aber keinerlei Angst vor dem Zusammentreffen mit diesen Parasiten haben, und einem allerlei Fremd-

körper, wie Wattefäden, Brotkrumen, Wollknötchen, vertrocknete Schleimhautsekrete, als angebliche Parasiten vorzeigen. Die dritte Gruppe ist dadurch charakterisiert, daß sie Wäschestücke, wie Federbetten mit der Bemerkung vorzeigen, in diesen Gegenständen seien Tiere oder Würmer.

Aus der Poliklinik zu Würzburg werden von 1946 - 51 zwei weibliche Kranke gemeldet, deren wahnhafte Vorstellungen darin bestanden, daß Beschwerden der Zunge und Lippen durch ein unheilbares Krebsleiden bedingt seien. Es handelte sich hier um endogene Depressionen.

Aus der kieferchirurgisch-orthopädischen Klinik zu Tallwitz bei Leipzig berichtet J. HAYM (56) von folgender seltener Begebenheit mit wahnhaftem Parasitenbefall der Mundhöhle:

> Patient, Frau F.L. vollendet in Kürze das 70. Lebensjahr und gehört seit zwei Jahren zu den dankbarsten Patienten der Klinik. Aus guten Verhältnissen stammend, erzählt sie gern von Vorfahren und Eltern, die alle lebenstüchtige und gesunde Menschen waren, übergeht aber gerne, daß ihre Mutter nach kurzem Aufenthalt in einer Nervenklinik fast 80-jährig ebenda verstarb. Ihre Kinder- und Jugendjahre verliefen absolut harmonisch, sie bedauert, keine Geschwister gehabt zu haben. Die Schulzeit wurde einschließlich Lyzeum glatt absolviert,und dann begann eine Laufbahn, die ihr Leben, wie sie angibt, absolut ausfüllte. Angestellt in einer großen Bank in Ostpreußen, kommt sie auf verantwortlichen Posten und genießt das Ansehen ihrer Mitarbeiter und das uneingeschränkte Vertrauen ihrer Direktoren. Als sie 1945 ihren Arbeitsplatz - bis dahin ungekündigt 40 Jahre an gleicher Stelle - verläßt, führt der Verlust der Heimat und Wirkungsstätte auch zu einer schnellen seelischen Zerrüttung.
>
> Vor 2 Jahren (1953) erschien sie erstmalig in der Klinik und versuchte, die behandelnden Ärzte davon zu überzeugen, daß sie an der Zunge, in den Zähnen, am Gaumen und in den Mundwinkeln Würmer und andere Parasiten beherberge, die sie als "Filarien" und "Pfriemenschwänze" bezeichnete. Schon die Tatsache, daß sie so ausgefallene Namen gewählt hatte, zeigte, daß sie über einen zumindest normalen Bildungsgrad verfügte. Neurologisch und internistisch wurden keine Auffälligkeiten beobachtet, anamnestisch und hereditär blieb als einziges, der Tod der Mutter in einer Pflegeanstalt bemerkenswert. Die Patientin war nicht verheiratet, Geburten und Fehlgeburten, ebenso auch venerische Erkrankungen wurden negiert. Menopause mit 49 Jahren. Mittelgroß mit gesundem Aussehen macht sie keineswegs den Eindruck einer 70-Jährigen. Die Sprache ist schnell, sich häufig geradezu überstürzend, um dann plötzlich - wie abgehackt - unterbrochen zu werden. Die Patientin ist recht sicher, auch geordnet und orientiert, sie hinterläßt nicht den Eindruck auffälliger Gemütsschwankungen, weder im heraufnoch herabgesetzten Sinne. Sie liest Bücher und beschränkt sich in der Auswahl ihrer Literatur in letzter Zeit ausschließlich auf ihr "Fachgebiet". So

wälzt sie Bücher in der Hoffnung, mehr über ihre Parasiten zu erfahren. Ihre Briefe sprechen durch korrekte Anlage und saubere Schrift ohne weiteres an und es besteht gar kein Grund, die Patientin zunächst überkritisch zu untersuchen. Eine auskömmliche Rente erspart ihr Existenzsorgen; die Wohnung wurde häufig gewechselt. Im ganzen ist es eine kontaktfähige Frau, der man ein außerordentliches Sauberkeitsbedürfnis ansieht, die - gemessen an den Wertmaßstäben für die Umwelt - über absolut durchschnittliche und gute intellektuelle Leistungen und ebenso über ein krasses, häufig aber humorvoll gefärbtes Urteil verfügt.

Bei laufenden Untersuchungen wurden keine der angeführten Parasiten wirklich wahrgenommen. Um die Möglichkeit auszuschließen, die aus interner oder neurologischer Ursache gestörte Hautempfindungen bedingen können, prüfte man auch die Frage von Leberaffektionen und Diabetes mellitus, von vasomotorischen Störungen bei Tabes und beginnender Paralyse und nach arteriosklerotischen oder Altersabbauprozessen als Ursachen für die wahnhaften Umdeutungen. Alle Befunde waren normal. Um die Realität ihrer Erlebnisse zu beweisen, wurden nun in der Folgezeit von der Patientin immer aufs Neue ganze Sammlungen des verschiedensten Materials angelegt und in die Klinik gebracht. In einzelnen Fläschchen isoliert brachte sie Nasensekret, Zungenschleim, Mundwinkelabstriche, Inhalt aus Zahnkavitäten. Gleichzeitig verfaßt die Patientin eine eigene Krankengeschichte, die sie selbst mit "Allerlei Gewürm" überschreibt und deren Fortsetzungsberichte ständig gewissenhaft übergeben werden.

Schon ein Auszug aus diesem selbstgeschriebenen Krankenbericht macht die Situation der Patientin klar:

6. Februar: Wurm (Pfriemenschwanz)

10. Februar: Chitingepanzerte Parasiten (Infusorien, vielleicht Rädertierchen), außer den Pfriemenschwänzen ca. 5 mm lange gebogene Würmer und einmal einen ca. 3 mm langen Wurm mit schwarzem Kopf gesehen.

14. Februar: Nachmittags ca. 15.30 Uhr Käferdurchbruch mit nachbestehender Fistel.

15. Februar: Nochmaliger Käferdurchbruch.

17. Februar: Bemerke am Zungenrand verschiedenartigste Tiere. Ganz dünne blättchenartige Plattiere, seetangartige, trichterblütenförmige: zwei Pärchen, gelbe Rundwürmer, Weibchen spiralförmig aufgerollt mit großen Augen, Männchen wie ein kurzer Stab ohne Augen; verschiedene kleine weiße Rundwürmer, auch spindel- und halbspindelförmige, eine Art der Gattung Pfriemenschwänze (gelblich und etwas gedreht) nur kein gewöhnlicher weißer Pfriemenschwanz, wie sie sich in den Zahnwurzeln festgesetzt haben.

Bereits aus diesen Aufzeichnungen ist deutlich erkennbar, daß bei sonst unversehrter Intelligenz die psychische Existenz der Patientin absolut bestimmt wird durch diese einzige Wahnvorstellung. Die betroffene Patientin ist in einem solchen Maße in Anspruch genommen, daß die Beobachtung der wahnhaften Erkrankung und die Vernichtung der Parasiten seit Jahr und Tag maßgeblich den Lebensinhalt bestimmen.

Anamnestisch wurde noch in Erfahrung gebracht, daß die Patientin schon vorher viele Ärzte und Institute aufgesucht hatte, um eine Bestätigung ihrer Wahrnehmungen zu erfahren. In der Klinik wurde nun versucht, nachdem man durch begrenztes Eingehen auf die Patientin ihr absolutes Vertrauen gewonnen hatte, sie allmählich so zu beruhigen, daß die empfundenen Erlebnisse langsam schwinden und die Patientin vielleicht mit größeren, zeitlichen Interwallen die Systematik ihrer Wahnidee in der gleichen Reihenfolge wieder abbaut.

Es war so nicht schwer, die Patientin an die Klinik innerlich zu binden, denn man hatte hier ihre Erkrankung "erkannt". Man behandelte mit selbstgefertigten Flüssigkeiten und Salben, deren Zutaten angeblich von weit her besorgt wurden und denen man auch lange, komplizierte Namen gab. Mikroskopische Präparate wurden angefertigt und man ließ die Patientin an der mikroskopischen Beurteilung ihrer Parasiten teilnehmen. Man überzeugte sie von der Tendenz des Aussterbens mehrerer virulenter Parasitenstämme und machte sie damit glücklich und zufrieden. Zur Unterstützung der Suggestivkraft zog man einen Ophthalmologen und einen Otologen als Consiliarii hinzu und versuchte, die Patientin durch Beschäftigung mit Schreibarbeiten am Tage abzulenken. Daß trotzdem ihre Krankheit nicht zu kurz kam, veranschaulicht folgende Eintragung in ihrer Krankengeschichte:

"7. November: Wie meistens erst nach 1 Uhr zu Bett. Die Säuberung meines Mundes und der Zähne, wie auch der Nase und Augen, dauerte über 4 Stunden. Um das zu verstehen, muß man so etwas selbst haben."

Da es geglückt war, die etwas rissige Zunge durch Borglyzerin zu bessern und Kavitäten zu schließen, schien es eines Tages so, als sollte es gelingen, ihre Wahrnehmungen zu beseitigen. Frau L. erschien freudiger und beruhigter und eines Tages äußerte sie, sie könne im Mundraum nichts mehr entdecken. Die Nasenmuscheln seien auch wieder abgeschwollen und die ständige Durchbruchsstelle größerer Käfer am linken Mundwinkel habe sich reaktionslos geschlossen.

Aber später zeigte sich, daß der Verlauf dieser Erkrankung mit höherem Alter infolge regressiver cerebraler Veränderungen chronisch und damit abschlußunfähig wird. Der Pseudoparasitismus erlebte nun seine Generalisation, die "Parasitose" befiel den ganzen Körper. Nun entdeckte die

Patientin überall Würmer aller Gattungen. Man suchte die Patientin in ihrer kümmerlichen Wohnung auf und wurde vom völligen Mißerfolg der Bemühungen überzeugt. Alles in dem kleinen Stübchen war auf die Krankheit abgestimmt. Die Dielenritzen waren dick mit Bohnerwachs verschmiert, die Bettbüße standen in Blechkästen mit Sol. kal. permang. Mehrere Wattekästen waren neben vielen Fläschchen sichtbar, die entweder Reinigungsflüssigkeiten enthielten, oder der Aufnahme von gewonnenem Abstrichmaterial dienten. Ein vielbenutzter Irrigator fehlte ebensowenig wie zwei große Lupen und ein Vergrößerungsspiegel.

Ein bedenkliches Symptom für den progredienten Verlauf der Wahnvorstellungen war für den Verfasser dieses Falles, daß nun auch die primitiven Tiere bei der in ihrer Intelligenz noch immer nicht verminderten Frau eine Rolle spielten. Eine Flohplage war in ihrem Zimmer ausgebrochen. Da sich die erlebten Wahnideen bei diesen Menschen ständig folgerichtig abspielen, fand sich auch hier natürlich eine Erklärung. Im Krankenbericht liest man:

"8. November: Vor drei Jahren ist im Hause die Katze durch Flöhe eingegangen, und der Nachfolger hat auch Flöhe und 5 Schritte hinter der Hofhaustür wohnt ein sich dauernd schubsender Hund (ebenso lächerlich wie peinlich)."

Da war also auch hier die Aufklärung gefunden, sie wird ebenso scharf wie mokierend vermerkt, und eine sicher nicht der Wahrheit entsprechende Bemerkung der sich belustigenden Umwelt hatte hier für die Indikation der Flohplage geführt.

Diese Patientin gehört zweifellos in die zweite Gruppe meiner angeführten Gliederung von HASE (55). Sie glaubt fest, wirklich von Parasiten befallen zu sein, hat aber nie Angst und Furcht und findet diese Tatsache viel mehr interessant. Darum muß man hier eine Phobie, in diesem Falle eine Parasitophobie, grundsätzlich ausschließen. Auch die Frage, ob es sich um eine Halluzination und Illusion handelt, muß verneint werden, da die Symptome ausführlich beschrieben werden, und das gesagt wird, was gefühlt wird.

Außerdem ließ sich die Patientin in der Deutung ihrer Wahrnehmungen ab und an gut beeinflussen. Die Neurologische Klinik der Humboldt-Universität, Berlin, in der die Patientin 14 Tage lang beobachtet wurde, hält die Erscheinungen bei dieser Patientin als "paranoide Formen einer Schizophrenie". "Es hat sich langsam und schleichend ein unerschütterliches und andauerndes Wahnsystem entwickelt, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Fühlen und Wollen einhergeht, das seinen Ursprung in dem Verlust der Heimat und dem Übersiedeln in ein dem Ostpreußen gänzlich unterschiedlichen Milieu in Mitteldeutschland wohl haben kann" (HAYM) (56).

V. DER GEMÜTSEINFLUSS AUF DIE DER ZUNGE EIGENTÜMLICHEN SYMPTOME

ZUNGENBELAG

Normalerweise hat die gesunde Zunge eine rosige Farbe und sieht gleichmäßig frisch aus. Das samtartige Aussehen ist in erster Linie von dem Zustand der Hornschicht der Papillae filiformes abhängig, die während des Kauvorganges fortwährend abgestoßen und wieder ergänzt werden. Anatomisch ist also das Kennzeichen für eine belegte Zunge eine Wucherung und Verdickung der verhornten Sekundärpapillen. Darum ist nach HENNING (63) die Zunge bezüglich des Belages ein Spiegel der Ernährung und nicht des Magens. Zweifellos werden aber nicht alle Fälle von belegter Zunge durch den ungenügenden Kauakt erklärt. SCHUERMANN (107) erinnert z.B. an die belegte Zunge bei Nikotinsäuremangel trotz sorgfältigen Kauens fester Nahrung. Es ist hier nicht möglich, auf alle in Betracht kommenden Ursachen für das Zustandekommen des Zungenbelages einzugehen. Ich werde mich darum hier nur nach der speziell im Thema gestellten Aufgabe orientieren.

Schon die alten Autoren sprachen von neurotischen Zungenveränderungen, und jeder Arzt kennt Hypochonder, die allmorgendlich voller Furcht vor dem Spiegel ihre Zunge betrachten, und die auch prompt derartige Beläge aufweist. Nach GOMBERT (47) soll die Stärke des Zungenbelages vom Grad der Störung des vegetativen Gleichgewichtes sowie von Konstitution des einzelnen Menschen abhängen. So sollen die Pykniker, bei denen die vagotonische Komponente überwiegt, stark weiße, graue oder gelbweiße Beläge von ziemlich großer Beständigkeit aufweisen, während die Zungenerscheinungen bei Asthenikern viel flüchtiger sind. Eine Neigung zu Zungenbelägen soll fernerhin bei Vasoneurotikern bestehen, bei denen diese Erscheinung durch psychische Einflüsse hervorgerufen werden soll. Auch KATSCH (71) und LASEGUE behaupten, daß Belag durch "psychische Reize dystrophischer Art" hervorgerufen werden können.

SCHUERMANN (107) spricht vom "transitorischen Zungenbelag", während heftiger seelischer Erregungen und erklärt ihn als Folge nerval gesteuerter Durchblutungsstörungen.

Nach KLEINSORGE und KLUMBIES (74) sind die Zusammenhänge zwischen Veränderung der Zunge und psychischen Alterationen noch recht unsicher.

LINGUA GEOGRAPHICA

OBERMAYER (93) und BECKER (14) aber sind sich z.B. über die Lingua geographica einig, daß sie als Ausdruck einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur zu werten sind. Diese Erkrankung der Zunge sehen wir als ein kontrastierendes landkartenähnliches Bild, hervorgerufen durch unregelmäßige Verdickungen der Epithelschicht und einer Hyperaemie der normalen Schleimhaut. Charakteristisch für dieses Krankheitsbild ist der ständige Wechsel im Oberflächenbild und die völ-

lige Schmerzlosigkeit.

Obwohl KLEINSORGE und KLUMBIES (74) in bezug auf den psychischen Hintergrund dieses eigenartigen Zungenbildes zu keinem Entschluß kommen, geben sie doch als einzig erfolgversprechende Therapie die psychische Entspannung des Patienten an.

ZUNGENBRENNEN, ZUNGENSCHMERZEN, ZUNGENKREBS-WAHN

Über das Symptom des Zungenbrennens, Zungenschmerzes und der Parästhesien scheint man sich in der Literatur einig zu sein. Wenn sie nicht als Frühsymptome der Möller-Hunter-Zunge bzw. der Anaemia perniciosa Erklärung finden, so ist nach GREITHER (50), SCHUERMANN (107) u. a. auf neurotische Bedingtheit zu achten. Die Glossodynie liebt es, der somatische Ausdruck einer Neurose zu sein! (OBERMAYER) (93).

ALAJOUNANINE (6) schildert in der "Pariser Stomatologischen Gesellschaft" vier Fälle mit idiopathischer Glossodynie. Beschwerden sollen in Form von Kribbeln, Brennen und Stechen bestanden haben. Bei trockener Zunge soll Verschlimmerung eingetreten sein.

SKACH, ANDELOVA, CHVOJKOVA und FLUSSER (9) haben 75 Kranke mit dem Symptom des Zungenbrennens, das häufig auch mit brennendem Gefühl am Gaumen verbunden war, untersucht. Bei 22 Fällen ließ sich weder eine örtliche noch eine innere Ursache finden, und die Verfasser bezeichnen sie als Glossodynie nervöser Herkunft.

Nicht selten haben diese Erscheinungen an der Zunge ihre Ursache in der Furcht, an Krebs erkranken zu können. Die Literatur spricht dann vom Zungenkrebs-Wahn bzw. Ca-Phobie. Überwiegend leiden Frauen im mittleren Alter (häufig schnell gealtert), die erfahrungsgemäß selten an Zungenkrebs erkranken, unter dieser Phobie, die in Form von "monosymptomatischen hypochondrischen Depressionen auftritt" (SCHUERMANN) (107). Die Patientinnen kommen meist sehr niedergeschlagen in die Sprechstunde, antworten auf Fragen im Flüsterton, und es ergibt sich häufig auf Befragen, daß in der Familie oder im Bekanntenkreis kürzlich eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde. Die Angst, nun bald sterben zu müssen, hat sie in diesen depressiven Zustand gebracht, und die Patienten sind so vollkommen von der Angst und Furcht beherrscht, daß der Mechanismus des klaren Denkens versagt.

HEINRICH (58) sah zwei Fälle mit Zungenbrennen, bei denen es Ausdruck der psychischen Ablehnung des Zahnersatzes war.

Man ersieht daraus, daß auch eine harmlose Erscheinung, wie diese Symptome an der Zunge, oft nicht ohne genaue Anamnese klargestellt sind. Bei Frauen kommen unter Umständen auch Ablehnungstendenzen gewissen erotischen Gepflogenheiten gegenüber in Betracht, worüber es bei J.H. SCHULTZ (112), ZISKIND und MOULTON (136) an beweiskräftigem Material nicht fehlt.

PSYCHOGEN BEDINGTE ZUNGENBEWEGUNGEN UND DEREN FOLGEN AUF DIE MUNDSCHLEIMHAUT

Zum Schluß dieses Kapitels über den "Gemütseinfluß auf die der Zunge eigentümlichen Symptome" möchte ich noch auf die von BALTERS (12) vertretene Meinung hinweisen, daß es nichts im Leben gibt, das nicht von unserer Zunge begleitet wird. Das, was vorher über den Zungenbelag und das Zungenbrennen gesagt ist, kann diese Meinung bestätigen. Daß die Zunge bei der Ätiologie der Paradentosen durch Press- und Druckbewegungen beteiligt ist, darauf habe ich in den entsprechenden Kapiteln hingewiesen. Jede Störung der inneren Harmonie wird auch eine Disharmonie durch die formgebende Zunge im empfindlichen Mund-, Zahn- und Kieferbereich hervorrufen. Dazu folgende zwei Fälle:

Fall 1

Eine tatkräftige, etwa 40-jährige Patientin klagt über Entzündungserscheinungen des Zahnfleisches im linken Bereich der unteren Schneidezähne. Das sonst gesund aussehende Zahnfleisch weist im Bereich von 1 2 3 links eine Gingivitis auf und zwar zungenwärts, welche bei 1 besonders stark ausgeprägt ist; außerdem zeigt sich eine beginnende Lückenbildung zwischen 1 und 2. Der 2er ist etwas gedreht und geneigt.

Die Patientin, seit einigen Jahren bekannt, tatkräftig und haushälterisch, hat im Krieg ihren Mann verloren und lebt ihrer Aufgabe, ihrem Kind die rechte Mutter zu sein und sich durchzubringen. Sie ist genötigt, bei ihren Geschwistern zu leben, was wegen der verschiedenen Auffassung der Lebensrichtungen und Erfahrungen oft zu Unstimmigkeiten führt. Der Wunsch nach Änderung auf Auflösung des Verhältnisses, wie auch die bestehenden Schwierigkeiten zu beseitigen, lassen die Patientin drängen und Zungendrücke ausüben, welche bei ihr bisher nicht zu erkennen waren. Während die Zunge selbst nur erhöhte Abnutzung erkennen läßt, weist der Alveolarfortsatz die Druckspuren in Form einer Gingivitis und einer Lückenbildung auf.

Fall 2

Patientin, 26-jährig, sucht von ihrer Ärztin überwiesen, wegen einer chronischen Gingivitis im Frontzahnbereich des Oberkiefers und Unterkiefers die Sprechstunde auf. Eine bei ihr durchgeführte Behandlung war erfolglos geblieben.

Eine Gingivitis erstreckte sich über den Bereich der oberen Frontzähne und den Angaben nach in letzter Zeit auch bei 2 und 3 oben rechts. Die Oberkiefer-Frontzähne standen in leichter Protrusionsstellung. Der Kontakt der Schneidezähne war aufgehoben.

Die Patientin, Flüchtlich aus dem Osten, lebt in ziemlich ärmlichen Verhältnissen. Sie erwartet ein Kind und ist im 6. Monat der Gravidität. Die Unterhaltung mit ihr läßt erkennen, welchen Schicksalsweg sie hinter

sich gebracht hat, und daß sie nun darunter leidet, daß sie ihr Kind einer gleich schweren Zukunft entgegenträgt. Wie die Konfiguration der Zunge erkennen läßt, preßt sie unbewußt die Zunge gegen die Schneidezähne, welche unter dem Preßdruck das anliegende Zahnfleisch und seine Knochenstütze in den Zustand chronischer Reizung versetzten.

In diesen beiden Fällen wird bewiesen, daß durch innere Unausgeglichenheit, schlechtes Milieu, Familienstreit und Angst, seinem Kind nicht die rechte Mutter zu sein, Zungenbewegungen zustandekommen können, die dann Entzündungen am Zahnhalteapparat und der Schleimhaut bewirken und - wie in einem Fall - auch eine Lücke in der Zahnreihe schaffen können.

VI. DER GEMÜTSEINFLUSS AUF DIE LIPPENSCHLEIMHAUT

CHEILITIS GRANULOMATOSA

WISE und SULZBERGER (131) schreiben in einem Artikel in den "1935 Year Book of Dermatology and Syphilologie", daß es nur noch geringen Zweifel gibt, daß bei einigen Patienten, die an persistierenden Vergrößerungen der Lippen leiden (Makrocheilie, Cheilitis granulomatosa), eine vorher bestehende und begleitende Neurose eine Rolle spielt. Anlaß dazu war JORDAN's (66) Publikation, der die bis dahin von SUTTON (124) in den "International Clinics" von 1914 aufgestellte Hypothese, Cheilitis sei eine angeborene Schleimdrüsenhyperplasie von Lippen- und benachbarter Schleimhaut, zu unterminieren versuchte. Im Jahre 1912 hatte auch BROEQ (24) schon in seinem "Precis - atlas de practique dermatologique" darauf hingewiesen, daß einige entzündliche Erkrankungen der Lippen, ihre Ursache in einer "nervalen Schwäche" haben könnten. Aber erst im Anschluß an die Veröffentlichung von WISE und SULZBERGER (131) befaßten sich mehrere Autoren mit diesem Krankheitsbild, und ENGLISH (38), McKENNA (86) und WITTKOWER (132) behaupteten, genügend Beweise für einen solchen Entstehungsmechanismus geben zu können. Trotzdem SCHUERMANN (107) in "Krankheiten der Mundschleimhaut und Lippen" schreibt, daß die Ätiologie der Cheilitis granulomatosa unbekannt sei, es aber keinen Mangel an unbewiesenen Theorien gebe, scheint es durch die neuerlichen Veröffentlichungen der Amerikaner WOODBURNE und PHILPOTT (135) so, als ob die Meinung dieser Autoren vorbehaltlos für die Pathogenese der Cheilitis granulomatosa übernommen werden kann.

Hier zwei Krankengeschichten der letztgenannten Autoren:

Fall 1

Am 17. Februar 1943 suchte ein schüchternes, weißes Mädchen, 18 Jahre alt, das Colorado General Hospital wegen schmerzhafter, belegter Lippen auf, die über 4 Wochen andauerten. In dieser Zeit litt das Mädchen unter Fieber, großer Gleichgültigkeit, Appetitlosigkeit und zeigte wenig Interesse

an Schularbeiten. Blut- und Urinuntersuchungen, Röntgenaufnahmen und WaR waren normal. Einen Monat später zeigten sich auf den Lippen Diphteriebazillen. Untersuchungen auf Pilze waren negativ. Die Verabreichung von Diphterie-Antitoxin und später Röntgenbestrahlung waren unwirksam. Antiseptische Mittel, einschließlich Sulfonamide, systematisch verabreicht und örtlich gegebenes Gramicidin waren ebenfalls ohne Nutzen.

Im Juli 1944 suchte die Patientin die Klinik wieder auf. Sie litt unter Depressionen, die aus der Sorge um ihre Mutter, die krebsleidend im Sterben lag, und durch Familienzwist mit Vater und Schwester herrührten. Sie wurde daraufhin dem Psychiater zugeführt. Der berichtete, daß die Patientin sich in einem Zustand der Hysterie befand. Der Zustand ihrer Lippen hatte sich gegenüber früher nicht gebessert. Der Gebrauch von Penicillin örtlich und systematisch war ohne jeden Nutzen, ebenso eine Behandlung mit allen möglichen Reizmitteln zeigte keine Veränderung des Zustandes.

Am 13. Dezember 1944 wurde bei der Patientin eine Lippenplastik gemacht. Der kranke Teil der Unterlippe (1,5 cm) wurde entfernt. Innerhalb von 10 Tagen befand sich die Schleimhaut im selben schlechten Zustand wie vor dem chirurgischen Eingriff. Histopathologische Gewebsuntersuchungen ergaben weder eine Hyperplasie der Schleimdrüsen, noch eine Vermehrung ihrer Zahl, noch wurde der Beweis gefunden, daß es sich um angeborene Abnormitäten handelt.

Dagegen zeigte das oberflächliche Epithel Verdickung und Parakeratose. Die Schleimdrüsengänge waren geweitet und es bestand ein lymphocytäres und polymorphkerniges Infiltrat bis in die Submucosa. Die Gefäße waren geweitet, und das Ödem reichte bis tief in die Submocosa, ähnlich wie man es beim Ekzem und der Neurodermatitis sieht.

Im Juni 1945 wurde die Patientin gegen Typhus geimpft, ohne jede Wirkung für die Erkrankung, ebenso erfolglos wurden verschiedene Diät- und Vitaminkuren vorgenommen. Allmählich sah man sich in bezug auf die Organbehandlung mit seiner Weisheit am Ende. Darum unterzog man erstmalig das außergewöhnlich labile und gefühlvolle Wesen der Patientin einer genauen Betrachtung. Die Patientin wurde in psycho-therapeutische Behandlung gegeben, in deren Obhut die Patientin gesundete. 1949 stellte sich die Patientin mit vollkommen geheilten Lippen wieder in der Hautklinik vor, wurde allerdings dann - da sie als ausgesprochene Psychopathin beurteilt worden war - in die Heil- und Pflegeanstalt des Colorado State Hospital überwiesen. Von dort schrieb der sie betreuende Psychiater, "daß die früher bestandene Cheilitis nie wieder so zum Vorschein gekommen ist. Nur gelegentlich, wenn sie ein wenig geistig gestört ist, schuppt sich die Haut der Lippe ab, hört aber sofort wieder auf, wenn die Patientin wieder ruhig wird".

Fall 2

Ein 24-jähriger Student wurde des öfteren während seiner zweijährigen Studienzeit in der Universitäts-Reihenuntersuchung gesehen. Seine Lippen zeigten nicht die Spur von Abnormität. Der Patient war gezwungen, sich durch harten Nebenverdienst das Geld zum Studium zu verdienen. Während der Zeit, in der er sich auf das erste Examen vorbereitete, erschienen auf seinen Lippen typisch vergrößerte Drüsenausführungsgänge. Die Lippenschleimhaut nahm ödematöse Formen an, und es bildeten sich auf der Oberfläche einige Krusten. Mit der Erfahrung, die die Autoren bei Fall 1 gemacht hatten, nahm man den Patienten in entsprechende Behandlung, gab kleine Dosen Phenobarbital zur Beruhigung und erzielte Besserung und Heilung.

WOODBURNE und PHILPOTT (135) glauben auf Grund ihrer gemachten Probeexcisionen und der über 7 Jahre dauernden Behandlung, in der wirklich alle Behandlungsmethoden ausgeschöpft wurden, daß Gemütserkrankungen als Gründe für die Entstehung dieser Krankheit angenommen werden dürfen. Fall 2, obwohl nicht so lange verfolgt, gab ihnen einen zusätzlichen Beweis und unterstützte ihre Theorie.

Im Fall 1 wurde die Erschöpfung der Patientin - hervorgerufen durch die Sorge um ihre krebsleidende Mutter - noch kompliziert durch die über Jahre gehenden Konflikte mit Vater und Schwester. Während dieser Steigerung der Komplikationen entwickelte sich Cheilitis. Die verschiedensten Behandlungsmethoden zeitigten keine Besserung. Dann im Verlaufe einer psychischen Behandlung, in welcher die Patientin von ihren inneren Spannungen betreffs ihrer Ausstoßung aus der Familiengemeinschaft befreit wurde, heilten die Lippen. Während dieser psychischen Behandlung ist eine langsame Wiederherstellung ihrer Persönlichkeit vollzogen worden.

PROPTOSIS LABIALIS

Hier sei auch eine Krankheit des Lippen-Schleimhautgewebes erwähnt, auf deren Erscheinungen erstmals JADASSOHN und SUTTON hingewiesen haben, die aber erst kürzlich von SCHUERMANN (107) unter dem Namen "Proptobis labialis" bekannt wurde.

In der französischen Literatur erscheint diese Krankheit unter dem Namen "Diapneusis buccalis" und ist von DEGOS und LORTA-JACOB (32) und DELARNE und HOUSSET (33) als vorwiegend an der Unterlippenschleimhaut, Zunge, Wangenschleimhaut und Gaumensegel bei Prothesenträgern lokalisiert beschrieben. Nach SCHUERMANN (107) soll es sich dabei um hernienartige, schmerzlose Vorwölbungen, die der Lokalisation einer Zahnlücke entsprechen, handeln. Die bedeckende Schleimhaut kann der normalen Umgebung entsprechen, kann aber auch getrübt, leukoplakisch oder gekörntwarzig papillomatös erscheinen.

Für die Entstehung nimmt SCHUERMANN (107) eine Saugwirkung an, die beim Sprechen, Einatmen usw., an Zahn- oder Prothesenlücken entsteht. Folgender interessanter Fall - von BICK (16) aus der Düsseldorfer Klinik mitgeteilt - könnte für die Erweiterung der Pathogenese bedeutsam sein:

Es handelte sich hier um eine defekt geheilte Paralytikerin, die eine ausgedehnte Proptosis der gesamten Unterlippe aufwies. Bei der 43-jährigen Patientin, die sich in einem reduzierten Allgemeinzustand befand, wurde auf der Lippenschleimhaut rechts eine etwa zahnpfennigstückgroße Erhebung festgestellt, in deren Mitte eine Einziehung zu erkennen war, die genau in die distale Schneidezahnkante des unteren 2ers rechts hineinpaßte. In der Tiefe dieser Einziehung zeigte sich eitriges Sekret. Die Schleimhautveränderung erhob sich lappig fibrös aus dem Niveau des Lippenrotes, war von weißlicher Farbe und derber Konsistenz. Die kontralaterale Seite der Unterlippe zeigte dieselbe weißliche, tumorartige Vorwölbung, etwas kleiner und ohne mediane Einziehung. Die gesamte hypertrophische Schleimhaut wurde streifenförmig excidiert, wobei es gelang, alle narbigen Veränderungen aus der Unterlippe zu beseitigen. Die histologische Diagnose ergab ein Schleimhautgeschwür.

Weil die Patientin vor der Operation in der Klinik durch Unruhe und merkwürdiges psychisches Verhalten aufgefallen war, wurde sie neurologisch untersucht. Die Anamnese ergab, daß sie sich gegen Ende des Krieges eine luetische Infektion zugezogen hatte. Im Zusammenhang mit häuslichen Szenen habe sie 1954 eine Depression bekommen und sei in eine Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen worden. Die Blutreaktion und die Suboccipitalpunktion seien positiv ausgefallen. Die Behandlung habe in Elektroschocks, Penicillin und einer Malariakur bestanden. Die Penicillininjektionen seien noch zwei Jahre nach ihrer Entlassung ambulant erfolgt. Im einzelnen wurden folgende neurologische Ausfälle festgestellt: Beide Pupillen entrundet. Sehr schlechte Lichtreaktion, bei sehr guter Reaktion auf Naheinstellung, mimisches Beben. Sehr lebhafte Bauchdeckenreflexe, verzögerte Schmerzempfindung am Rumpf und den unteren Extremitäten, hypotonische Muskulatur, besonders an den Beinen. Eine gestörte Sensibilität im Gesichtsbereich bestand jedoch nicht.

Über die Angewohnheit des Lippenkauens sagt die Patientin, daß sie diese Eigenart einfach nicht lassen könne; sie würde die Angelegenheit aber auch nicht ernst nehmen.

Die Erscheinungen der Proptosis labialis wurden also in diesem einen Fall im Gefolge einer psychischen Veränderung bei Paralyse gefunden. Weitere Studien unter psycho-somatischen Gesichtspunkten über diese Erkrankung werden nötig sein. Es liegt jedoch nahe, psychogene Zwangsbewegungen als pathogenetisch wichtig zu vermuten.

ÖDEME

Das akute Quinck'sche Ödem, der Urticaria, nahestehend und auch an der Mund- und Lippenschleimhaut beobachtet, zeichnet sich besonders in der Mundhöhle durch enorme Heftigkeit und Gefährlichkeit aus, da es nicht selten zum

plötzlichen Erstickungstod führt. SCHUERMANN (107) nimmt ebenso wie für die Lippenneurodermatitis an, daß emotionale Faktoren bei der Entstehung mit eine Rolle spielen.

M. BOSS (19) berichtet von einem Fall, wo ein kleiner Junge Angst und Wut so intensiv erlebt, daß vasomotorische Reaktionen an der Lippe hervorgerufen werden:

> Ein 7-jähriger Junge, der leidenschaftlich gern Schokolade naschte, wurde nach der Nutzlosigkeit aller Verbote von seiner Mutter auf folgende Weise bestraft: Mit gefesselten Händen stellte ihn die Mutter auf den Küchentisch, gerade vor die Schokolade, die er nun ständig sehen mußte, aber nicht greifen konnte. Jedesmal erschien eine Viertelstunde nach Antritt einer solchen Strafe, die nun bei den verschiedensten Delikten über ihn verhängt wurde, eine starke Schwellung der Lippen und ein masernartiger Ausschlag am ganzen Körper. Das Symptom verschwand endgültig, nachdem diese seltsame Erziehungsmaßnahme auf Veranlassung des behandelnden Arztes unterblieb.

Nach BOSS (19) haben wir hier das typische Bild einer sogenannten "Aktualneurose", bei der der Abfluß der psychischen Energie durch äußere Umstände behindert wird.

VII. DER GEMÜTSEINFLUSS IN BEZUG AUF ARTEFAKTE DER MUND- UND LIPPENSCHLEIMHAUT

Literaturangaben über Artefakte in der Mundregion sind so spärlich, daß mir scheint, daß die Mundhöhle sich keiner allzu großen Beliebtheit erfreut. J. MAYER (85) hat diese Lokalisation unter seinen 260 Artefaktbeobachtungen überhaupt nicht erwähnt. SCHUERMANN (107) aber weist auf 16 Fälle hin, von denen folgende für mein Thema in Frage kommen:

SILVER (118) referiert einen solchen Fall einer Psychopathin:

> Eine 42-jährige Hausfrau stellte sich am Bronx-Hospital vor. Sie zeigte dort Verletzungen verschiedener Größe im Nacken, an den Handflächen und -gelenken, an den Fingern und Oberschenkeln. Eine Versuchsdiagnose von Bromoderm wurde gestellt, aber ein Test zeigte negative Ergebnisse. Am 26.2.1936 erschien die Patientin im Mount Sinai-Hospital. Sie zeigte erodierte und ulcerierte Verletzungen auf der Mundschleimhaut. Auf der rechten Wangenschleimhaut und unter der Zunge waren flache Geschwüre von Nickelgröße mit einem gräulich granulierten Grund und indurierten scharfen Rändern. Es war schwer, diese Verletzung in Zusammenhang mit einer bekannten Mundkrankheit in Verbindung zu bringen, um eine sichere Diagnose stellen zu können. Gezüchtete Kulturen zeigten keine Erreger. Die WaR und chemische Untersuchungen des Blutes zeigten keine Abweichungen vom Normalen. Läppchenproben zeigten negative Ergebnisse. Auf der Suche nach Medikamenten als auslösende Ursache, wurden Kopien der Rezepte gemacht, die der Patientin verschrieben worden sind und analysiert. Die Mi-

schungen enthielten Codein-Sulf., Na-salicyl, Acid-acetylsalicyl und Acetophenitidin. Orale Gaben dieser Medikamente ergaben negative Ergebnisse.

Am 8. September 1936 wurde die Patientin von den Medical Deparments zu einer gründlichen Untersuchung bestellt, aber es zeigte sich keine wesentliche Veränderung.

Am 19. Januar zeigte sie einen neuen Stoß von übelriechenden nekrotischen Läsionen auf beiden Zungenrändern, am Gaumen und Rachen. Die Patientin erklärte, daß diese Erscheinungen einer starken Grippeinfektion gefolgt seien. Am 9. Februar wurde sie erneut ins Krankenhaus aufgenommen. Die Verletzungen heilten schnell ab, und sie wurde am 17. desselben Monats wieder entlassen. April 1937 hatte sie einen erneuten Ausschlag von nekrotischen Schädigungen im Mund, die schon einige Zeit bestanden. Die Patientin verlor an Gewicht, bedingt durch die schmerzhaften Verletzungen und der behinderten Nahrungsaufnahme. Im Juli 1937 zeigte sie bullöse Erscheinungen in der Größe einer Erbse mit einem infiltrierten, roten Grund auf dem linken Daumen und dem mittleren Glied des rechten Zeigefingers. Die Patientin gab an, während dieser Zeit keine Medikamente zu sich genommen zu haben. Blutuntersuchungen zeigten keine Abweichungen. Die Erscheinungen wechselten in frequenten Interwallen zwischen Mund und Fingern. In einem anderen Hospital wurde ein Finger wegen tiefer gangränöser Zerstörungen amputiert. Während der 2 Jahre der Beobachtung der Patientin wurden verschiedene Diagnosen gestellt, die sich nach den jeweiligen Erscheinungen richteten.

Die Ansicht des Verfassers über diesen Fall ist: "Ich kann nur die lichten Stellen der bändefüllenden Angaben der Patientin wiedergeben, die sich wie ein Compendium der Dermatologie lesen lassen: Arzneischädigung, Angina Plaut - Vincent, Pemphigus, Lues u. a. Der psychopathische Hintergrund der Patientin wurde bald erkannt, aber es war schwierig, gegen eine kleine, armselige Frau, die sich viel Sympathien erweckt hatte, Mißtrauen zu hegen. Es wurde klar im Anblick der verschiedenartigen klinischen Erscheinungen, dem psychopathischen Hintergrund und die vollkommen negativen Ergebnisse der verschiedenen, gründlichen Untersuchungen, daß die Beschädigung selbst gemacht wurde."

Die nächste Krankengeschichte ist von CHARGIN (27) beschrieben:

Eine Frau mit 30 Jahren, verheiratet, 1 Kind. Bei der ersten Vorstellung zeigte die Zunge eine tief sitzende Ulceration, die schon zwei Wochen bestehen soll. Bei der Untersuchung zeigte die Zunge eine sehr starke Schwellung, Speichelfluß und Sprachschwierigkeiten. Drei Geschwüre am Rande der Zunge setzten sich auf die Unterfläche fort, zusätzlich waren noch Kratzwunden an der Tibia, Oberschenkel und linkem Unterarm vorhanden. Unter einfachen Medikamenten gesundete die Patientin, doch wurde der Heilungsvorgang durch Bisse, die sie sich selbst beibrachte, gestört. WaR negativ, Blutstickstoff 11 mg, Zucker 75 pro 100 cm^3 Blut. Nach 4 Wochen Kran-

kenhausaufenthalt war die Patientin praktisch gesund. Sie kehrte aber bald mit neuen Verletzungen der Zunge in die Klinik zurück. Auf der Unterseite der Zunge war jetzt eine Tiefe ulcerierte Masse. Das Geschwür ist tief und mit einem Belag teilweise bedeckt.

Wie sich diese Patientin diese Verletzungen beigebracht hatte, konnte nicht festgestellt werden. Sie gab jedoch später zu, die Zunge selbst zerrissen zu haben. Es handelte sich um Artefakte auf hysterischer Grundlage.

SCHNEIDT (106) berichtet folgenden Fall aus der Würzburger Universitätsklinik für Dermatologie:

Die Patientin, 14 Jahre alt, zeigte einen guten Allgemein- und Ernährungszustand. Haut und sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Lokalbefund: Befallen sind das Gesicht, beide Unterarme, Ober- und Unterschenkel. Man sieht im Gesicht scharfe, aber unregelmäßig begrenzte, schuppende, z.T. mit Krusten bedeckte Erytheme, deren Ränder Hyperpigmentierungen aufweisen. Die Herde sich unregelmäßig linsen- bis daumenkuppengroß, an der Stirn, an beiden Wangen, am Kinn und auf der Nase angeordnet. Am linken Unterarm besteht eine strangförmige, fingergroße Veränderung gleicher Art. Ebenfalls am rechten Unterarm. Am rechten Unterschenkel sieht man ein etwa 15 cm langes, 1 1/2 cm breites Erythem mit Krustenbildung in strichförmiger Anordnung. Veränderungen gleicher Art sind am linken Ober- und Unterschenkel. An beiden Beinen besteht eine Cutis marmorata. An der Mundschleimhaut befinden sich beiderseits im Bereich der geschlossenen Molarenreihe Erytheme und linsengroße, erosive Veränderungen.

Es handelte sich bei der Patientin um Artefakte im Gesicht, an den Armen, den beiden Beinen, sowie an der Mundschleimhaut. Wenn auch die eingehende Exploration des Kindes und die Aussprache mit der Mutter keinen Anhalt für die eventuellen Beweggründe für die Selbstverletzung ergaben, so sprach doch das Aussehen, die Form und vor allem die Lokalisationen für das Vorliegen von Artefakten. Die BSG betrug bei der Aufnahme 32/68 mm und bei der Entlassung 16/31 mm. Im Blutbild fand sich eine hypochrome Anaemie und eine Eosinophilie von 13 %. Wurmeier konnten nicht nachgewiesen werden. Der Psychiater zog auf Grund einer einmaligen Untersuchung einen sog. "Milieuschaden" bei dem Kind von Flüchtlingseltern in Erwägung. Bei einer dreitägigen Beobachtung durch den Psychotherapeuten in der Kinderklinik fand sich ein normaler Intelligenztest und eine geringgradige "reaktive Depression". Unter milder, örtlicher Behandlung konnten die Hautveränderungen in wenigen Tagen zur Abheilung gebracht werden.

In diesen 3 Fällen sind die Artefakte auf psychopathische Erkrankung, auf Hysterie und auf sogenannte Milieuschäden zurückzuführen. Grundsätzlich aber ist es schwierig herauszufinden, ob wirkliche Simulationen mit zweckbewußtem Hintergrund vorliegen, oder ob sie als Reaktionen eines krankhaften Seelenlebens aufzufassen

sind. Hinweisen möchte ich hier noch auf die Beobachtungen von CORDIVIOLA (30) der bei einer 19-Jährigen Schwellung und Blutung des Zahnfleisches, Blasen und Nekrosen auf der Lippen- und Wangenschleimhaut, die Gingivo-estomatitis artefakta, sah. Die Patientin stand unter einem familiär-religiösen Konflikt. Nachdem man ihr eine Zeitlang die Hände eingegipst hatte, heilten die Veränderungen ab.

Weiter ist unter dieses Kapitel noch einzureihen ein Krankheitsbild, das uns allen wahrscheinlich sehr bekannt ist, aber als solches niemals empfunden wird, nämlich das gewohnheitsmäßige - vor allem in Situationen von Verlegenheit, Ratlosigkeit und beim Grübeln - Zernagen der Lippen- und Wangenschleimhäute.

SCHUERMANN (107) schreibt darüber unter folgenden Bezeichnungen: "Morsication buccarum et labiorum, Pareiophagie und Cheilophagie". Er sah stets eine angeschwollene Lippen- und Wangenschleimhaut, die in variabler Ausdehnung eine opake Trübung und eigentümliche Aufrauhung aufwiesen, oft auch hämorrhagische Erosionen oder Ulcerationen sowie flottierende Schleimhautfetzen. Durch die Aufrauhung, die pendelnden Schleimhautfetzen und durch eine gewisse wollüstige Schmerzhaftigkeit wird laufend mit der Zunge an diesen defekten Stellen herumgespielt, und es werden fruchtlose Reparationsversuche angestellt, die sich wieder in Nagen, Saugen und Beißen äußern. So entsteht ein Circulus vitiosus.

Die Menschen, die diese Erscheinungen zeigen, sind sich dieser Tätigkeit meist gar nicht bewußt, die sich nach Art einer "Tics" selbständig gemacht haben. Denn der Tic ist häufig ein Ausdruck von Angst- und Schuldgefühlen. "Der Tic ist", so schreibt DUPRÉ (37), "ein psycho-motorisches Syndrom, das in die Pathologie der Gewohnheiten gehört und bei dem das motorische Element als solches nicht krankhaft ist, sondern nur die störende paroxistische und automatische Wiederholung. In der Entstehung des Tics vereinigen sich psychische und motorische Gleichgewichtsstörungen zu einem Komplex, in dem auch obsessionelle, impulsive und konvulsive Elemente enthalten sind."

ZUSAMMENFASSUNG

Mit dieser Arbeit wurde anhand einer Anzahl ausführlich geschilderter Krankengeschichten versucht, darauf hinzuweisen, daß bei den verschiedensten Krankheitsgeschehen im Bereich der Mundhöhle psycho-somatische Zusammenhänge bestehen, sei es nun, "ob im Einzelfall psychische Momente kausal vorliegen und zu einer somatischen Manifestation führen, ob die Kausalität im Somatischen liegt und die psychische affektive Beteiligung nur konditional eine Rolle spielt, ob eine organische Krankheit vorliegt und psychische Veränderungen sekundär im Sinne eines Circulus vitiosus in das Geschehen verwickelt sind und nunmehr das Krankheitsgeschehen beeinflussen, oder ob ursprünglich ein Organleiden vorlag, das nunmehr eine psychogene Fixation gefunden hat" (BORELLI 22).

Im einzelnen wird aufgezeigt, daß psychische Affekte auf die Qualität und Quantität des Speichels entscheidenden Einfluß haben. Es werden Krankheitsfälle beschrieben, bei denen es unter Einwirkung akuter psychischer Traumen sowohl zur vermehrten Speichelsekretion als auch einem völligen Versiegen kommt.

Psychisch belastende Situationen können bei labilen Persönlichkeiten die Entstehung von Herpes-Virus-Erkrankungen herbeiführen. Von den Verfassern der entsprechenden Kapitel wird der Mechanismus erklärt, wie es durch emotionelle Momente zum Auftreten von herpes- bzw. aphtenähnlichen Erkrankungen kommen kann, indem die natürlichen Abwehrkräfte des Körpers durch den depressiven Akt vermindert werden.

Eine aphthenähnliche Erscheinung, das Ulcus neuroticum mucosae oris, wird als neurotische Schleimhautgangrän im Sinne der neurotischen Hautgangrän KREIBICH's (80) geschildert, und die Vermutung geäußert, daß kein Krankheitsbild sui generis vorliegt, sondern ein Syndrom bei allgemeiner, besonders Vasolabilität, und daß es sich ätiologisch analog dem Ulcus ventriculi nach der von BERGMANN'schen (15) Auffassung zumindest mit um spasmogen-neurogene Vorgänge handelt.

Ein ähnlicher Wirkungsmechanismus wie bei den herpes- und einigen aphthenähnlichen Erkrankungen wird bei infektiösen Prozessen angenommen, bei denen der Erreger ubiquitär vorhanden ist, so daß die Manifestation damit nur vom Gegebensein des Determinationsfaktors ausgelöst ist. Dieser kann durchaus vorwiegend psychogener Natur sein. Solche ubiquitäre Verbreitung des Erregers finden wir bei den Entzündungen der normalerweise bakteriell besiedelten Mundschleimhaut. An einem Beispiel wird erläutert, daß es ziemlich charakteristische Erlebniskonstellationen sind, die eine psychogene Angina bzw. Tonsillitis zur Auslösung bringen können.

Nach Eingliederung eines abnehmbaren Zahnersatzes klagen häufig Patienten über Druckstellen, ohne daß objektive Erscheinungen an der Mundschleimhaut zu sehen sind, deren Ursache psycho-somatischer Natur sind: Von Alters her besitzen die Zähne eine psychische Bedeutung als Symbol der Lebenskraft und der Schönheit. Kommt es zum Verlust der Zähne, besonders im sichtbaren Frontzahn-

bereich, so entstehen Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, die je nach hypochondrischer Reaktionsweise beim Einzelnen eine latente Neurose aktivieren können.

Jüngere Menschen sind dafür weniger anfällig. Ältere Patienten dagegen sehen im Zahnersatz mehr als ein äußeres Zeichen der Alterserscheinung. Da die Abnehmbarkeit der Prothesen ständig an deren Existenz erinnert, finden wir besonders bei Frauen starke psychische Reaktionen, zumal, wenn der Zeitpunkt der Notwendigkeit eines Ersatzes mit der Menopause zusammenfällt. An einem typischen Fall wird demonstriert, wie aus neurotischer Verarbeitung des Prothesenerlebnisses eine psychische Nichtadaptation des Ersatzes resultiert.

Zur Unterstützung der Auffassung einiger amerikanischer Autoren, daß Beziehungen zwischen seelischen Affekten, der Kernteilung und dem Wachstum von Praekanzerosen bestehen, werden 2 Fälle beschrieben. Es handelt sich in einem Fall um eine rezidivierende Zungenleukoplakie schwersten Grades, bei der unter der kombinierten Medikation von Cocktail-lytique in Verbindung mit hohen Gaben von Vitaminen A-E eine Rückbildung der leukoplakischen Erscheinungen eintrat, die jedoch - da ein labiles Gleichgewicht vorlag - auf neue seelische Erschütterungen rezidivierten. Im anderen Fall wird die Möglichkeit einbezogen, daß bei schuldhaft-hypochondrischer Einstellung der Patienten psychische Faktoren bei leukoplakieähnlichen Beschwerden zumindest mitbedingt sein können.

Für das Krankheitsbild der Paradentose gilt, daß beim Zustandekommen dieser Erkrankung eine Reihe von Bedingungen mitspielen, deren Erforschung wesentlich ist für Prognose und Therapie. Ein wichtiger Faktor ist der seelische Zustand der Patienten. Diese Annahme wird bekräftigt durch das enorme Ansteigen der Paradentose während seelischer Krisenzeiten (an 5 Fällen demonstriert), wie sie Kriegsereignisse, Pubertät, Liebeskonflikte und Ehekrisen darstellen. In diesem Zusammenhang wird weiter auf die nächtlichen Knirsch- und Pressgewohnheiten der Zähne als Grund für die Erkrankung des Zahnhalteapparates aufmerksam gemacht. Sie stellen keine einfachen Angewohnheiten dar, sondern sind der Ausdruck eines gestörten Seelenlebens.

In eine zusammenfassende Erörterung psycho-somatischer Beziehungen der Mundhöhle gehören auch die Krankheitsfälle auf Grund irgendwelcher Wahnideen, wie z.B. der Geschlechtskrankheitenwahn und der Dermatozoenwahn. An Stelle der älteren Termini Syphilisphobie bzw. Parasitophobie werden die zutreffenden, zuerst erwähnten Bezeichnungen vorgeschlagen, da es sich hier nosologisch um nichts Einheitliches handelt, sondern um ein Syndrom, dessen Grundkrankheit im Hinblick auf die Behandlungsmethode geklärt werden muß. Nach statistischen Untersuchungen tritt Geschlechtskrankheitenwahn bevorzugt während des 4. bis 5. Lebensjahrzehnts (meist Männer östlicher Gegenden) auf, dagegen findet man beim Dermatozoenwahn durchweg weibliche Personen im Praesenium und Senium. Für beide Krankheitsbilder liegt je ein Fall vor.

Über Zusammenhänge zwischen Veränderungen der Zunge und psychischen Alterationen besteht noch Unklarheit und es fehlt in der Literatur auch an be-

schriebenen Fällen. Trotzdem wird von einigen Autoren immer wieder auf derartige Dinge aufmerksam gemacht. Man spricht vom transitorischen Zungenbelag während intensiv seelischer Erregung als Folge nerval gesteuerter Durchblutungsstörungen. Vasoneurotiker sollen hierfür besonders prädestiniert sein.

Auch die Lingua geographica scheint ein Ausdruck neurotischer Persönlichkeitsstruktur zu sein, da sie nur psychotherapeutisch zu beeinflussen ist.

Bei Zungenbrennen und Zungenschmerzen ist bei Ausschluß irgendwelcher Blutkrankheiten an eine neurotische Bedingtheit als Ursache zu denken. Auffallend ist die häufige Beobachtung dieser Symptome an der Zunge bei Frauen im mittleren Alter, die unter der fehlgeleiteten Vorstellung leiden, an Krebs zu erkranken.

An zwei Kurzfällen wird weiter gezeigt, wie psychogen bedingte Zungenbewegungen Entzündungserscheinungen am Zahnhalteapparat setzen können.

Neuere Veröffentlichungen amerikanischer Autoren über Cheilitis granulomatosa bestärken die Vermutung früherer Autoren, daß als Ursache für die Entstehung dieses Krankheitsbildes der Lippenschleimhaut Gemütserregungen angenommen werden dürfen.

An Hand eines Falles wird darauf hingewiesen, daß Proptosis labialis auch im Gefolge einer psychischen Veränderung bei Paralyse auftreten kann.

Emotionelle Faktoren (Angst, Wut) spielen oft beim akuten Quinck'schen Ödem eine Rolle, das sich im Bereich der Mundhöhle durch Heftigkeit und Gefährlichkeit besonders auszeichnet. Ein Fall dient zur Demonstration.

Noch seltener als Artefakte im Mundhöhlenbereich sind an dieser Lokalisation Artefakte als Ausdruck eines krankhaften Seelenlebens. Die wenigen Publikationen sind zitiert.

Zum Schluß wird noch die psychogene Bedingtheit des gewohnheitsmäßigen Lippen- und Wangenkauens dargestellt, Gewohnheiten, die sich nach Art eines Tics selbständig gemacht haben.

In chronologischer Reihenfolge sind die einzelnen Kapitel kurz zusammengefaßt nochmals besprochen worden. Der Mundbereich scheint tatsächlich ein locus minoris resistentiae für die Konversion psychischer Konflikte in körperliche Symptome zu sein, da er direkt oder indirekt physiologisch und psychologisch mit dem ganzen Organismus verbunden ist.

Die tägliche Praxis bietet eine Fülle solcher Krankheitserscheinungen, wenn man nur das entsprechende Wissen im Erkennen solcher Zusammenhänge besitzt. Darum erscheint es für den zukünftigen Zahnarzt eine Forderung, sich neben technischen Fähigkeiten auch mit der ganzseitigen Erfassung des Kranken intensiv zu beschäftigen. Der Mensch ist als unteilbares Ganzes anzusehen, als eine psychobiologische Einheit des Körpers, des Geistes und der Seele. Zwar bedeutet die psycho-somatische Medizin noch eine Neuorientierung innerhalb der Medizin, die sich trotz der bestehenden theoretischen Grundlagen in statu nascendi befindet, aber wenn "die Psyche in den Heilplan eingeschlossen wird, wenn man im Interesse des Kranken das Krankheitsgeschehen nicht ausschließlich kausal, sondern auch konditional, nicht nur anatomisch, physiologisch-chemisch, sondern psycho-phy-

siologisch und soziologisch sieht", (BORELLI) (22) dann wird auch bei vielen Krankheitsfällen Heilung oder zumindest Besserung eintreten, die sich unter den bisher üblichen Heilungsmethoden als resistent erwiesen haben. Die Psychomatik - und das möchte ich betonen - darf nichts mit einem Spezialfach zu tun haben, sondern soll lediglich als zusätzliche Methode zum Nutzen des Kranken bei allen medizinisch-zahnärztlichen Maßnahmen angewandt werden.

LITERATURVERZEICHNIS

1) Acht, B. "Zahnheilkunde und Psychopathologie" Riv. ital. stomat. 1 (1954)

2) - . - "Il digrignamento e la parodontosi" Communicazione al XIV. Congresso Internationale dell' Arpa a Venezia, Settembre 1955

3) Adler, A. "Studie über die Minderwertigkeit von Organen" München 1927

4) - . - "Zähneknirschen" Zahnärztliche Rundschau 1933, Nr. 9

5) Alkan, L. "Anatomische Organerkrankungen aus seelischer Ursache" Stuttgart 1932

6) Alajounanine ref. O. Mork, Dissert. Frankfurt 1937

7) Alexander, F. "Psychosomatische Medizin" Berlin 1951

8) Allington, H.V. "Dryness of the mouth" Arch. Dermat. u. Syph. 1950, S. 829

9) Andelova, E.
Skach, M.
Chvojkova, Vl.
Flusser, H. "Glossodynie" Contribution á la question des sensations de brulure dans la cavité orale Rev. stomat. (Paris) 1954, S. 136

10) Aschoff ref. P.P. Kranz

11) Balters, W. "Paradentose als Ausdruck gestörten seelischen Gleichgewichtes" Die zahnärztliche Zeitschrift 1950, S. 455

12) - . - "Die Bedeutung der psychischen Komponente in der Zahnheilkunde" Vortrag auf der Tagung der Zahnärztekammer Rheinland/Pfalz, Bad Ems 24. 9. 1949

13) - . - "Die Bedeutung von Zahnverlust und Zahnersatz für den Patienten von der Psychologie her gesehen" Die zahnärztliche Zeitschrift 1956, S. 468

14) Becker und Obermayer "Functional studies on patients with neurodermatoses" Deliberationes, Cong. Dermatologorum Internationalis 9, Budapest, (1936) 2

15) v. Bergmann, G. "Funktionelle Pathologie"
Berlin 1936

16) Bick, W. "Proptosis labialis"
Die zahnärztliche Zeitschrift 1960, S. 1163

17) Bilz, R. "Psychogene Angina"
Zentralbl. f. Psychother. 1936, S. 49

18) Blonsky, P. "Die Alkaleszenz des Speichels als Indikator für Intelligenz und psychische Spannung"
Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilk. 1930 S. 755

19) Boos, M. "Körperliches Kranksein als Folge seelischer Gleichgewichtsstörungen"
Bern 1940

20) - . - "Einführung in die psychosomatische Medizin"
Bern 1954

21) - . - "Der Traum"
Bern 1953

22) Borelli, S. "Die Psychosomatik der Hauterkrankungen"
Med. Klinik 1954, S. 1806

23) - . - "Dermatologie als Grenzgebiete"
Sonderdruck aus J.H. Schultz
"Handbuch der Neurosenlehre und Psycho-Therapie",
Band V, München 1960

24) Broeq ref. Woodburne und Philpott

25) Brun, R. "Allgemeine Neurosenlehre, Biologie, Psychoanalyse und Psycho-Hygiene leib-seelischer Störungen"
Basel

26) Bykow, K.N. "Großhirnrinde und innere Organe"
Berlin 1953

27) Chargin, L. "Dermatitis factitia"
Arch. Dermat. u. Syph. 1939, S.740

28) Curschmann, H. "Über Xerostomie"
Münchner med. Wchnschr. 1929, S. 269

29) van Cleef, M. "Untersuchungen über Paradentose bei depressiven Geisteskranken"
Paradentium 1932, Nr. 8 und 1933, Nr. 1

30) Cordiviola, L.A. ref. Schuermann

31) Cramer, H. "Psycho-somatische Ätiologie und Behandlung einer rezidivierenden Zungenleukoplakie schwersten Ausmaßes"
Berliner Medizin, Festschrift 1956, 44

31) Cremerius, J. "Psycho-somatische Medizin in den USA"
Zeitschrift f. Psycho-somatische Medizin
1955/56, S. 69

32) Degos und Lorta-Jacob ref. Bick

33) Delarne und P. Housset ref. Bick

34) Dietz, P. "Über die Speichelsekretion bei endogenen Psychosen"
Dissert. Tübingen 1950

35) Dolder, E. "Zur Psychologie des Zahnverlustes und Zahnersatzes"
Die zahnärztliche Zeitschrift 1956, S. 469

36) Dunbar, H.F. "Emotion and bodily changes"
New York 1947

37) Dupré ref. Stern

38) English, O.S. ref. Woodburne und Philpott

39) Fraser ref. Allington

40) Freud, S. "Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse"
Leipzig 1918/19

41) Frohman, B. "Über die psychogenen Wurzeln der Okklusionsstörungen"
Psychoan. Praxis 1932, Hirzel-Verlag

42) - . - "The application of psychotherapy to dental problems"
Dent. Cosmos 1931, S. 117

43) Gantt, W.H. "Nervous secretion of saliva: quantitative studis in natural unconditioned reflex secretion of parotid saliva"
Amer. J. Physiol. 1937, S. 493

44) Gengerelli ref. Cramer

45) Gesenius, W. ref. nach Wittkower

46) Glatzel, H. ref. J.H. Schultz in "Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie", Band III
München 1959

47) Gombert, H.J. "Deutsche Gesundheitswesen" 1949, S. 762

48) Graciansky, de und Boulle "Atlas der Dermatologie" Stuttgart 1956

49) Gray "A case of ulceration stomatitis" Ref. Ztblt. f. Hautkrankheiten 1924, S. 360

50) Greither, A. "Dermatologie der Mundhöhle" Stuttgart 1955

51) Groddeck ref. Bilz

52) Hadden ref. Allington

53) Häfner, H. und Freyberger, H. "Psycho-somatische Zusammenhänge bei Hautallergosen" Ztschrft. f. Psycho-somatische Medizin 1955/56, S. 178

54) Harnisch, H. "Die Therapie akuter Mundschleimhaut- und Zahnfleischerkrankungen" Zahnärztliche Welt 1946, S. 195

55) Hase ref. Haym

56) Haym, J. "Der wahnhafte Ungezieferbefall der Mundhöhle" Die zahnärztliche Zeitschrift 1955, S. 664

57) Heilig, R. und Hoff, H. "Über psychogene Entstehung des Herpes labialis" Med. Klinik 1928, S. 1472

58) Heinrich, E. "Biologische Therapie in der Zahnheilkunde" Berlin 1935

59) - . - "Die Bedeutung der Wechselbeziehungen von Körper und Seele für die Ätiologie und Therapie der Paradentose" Zahnärztliche Rundschau 1931, Nr. 51, S. 2265

60) - . - "Zur Psychogenese der Paradentose" Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilkunde 1932, Nr. 11, S. 481

61) - . - "Die Paradentose als psychologisches Problem" Paradentium 1933, Nr. 3-5

62) Henning, N. "Zungen- und Mundbrennen" Med. Klinik 1949, S. 96

63) Henning, N. "Über Zungenveränderungen im Bereich der inneren Medizin"
Dtsch. med. Wochenschrft. 1952, S. 605

64) Heyer, G.R. "Praktische Seelenheilkunde"
München-Basel 1950

65) Hutchinson, J. ref. Allington

66) Jordan, A. ref. Woodburne und Philpott

67) Jacobi ref. Löblowitz

68) Jadassohn, J. "Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten (Mundhöhle)"
Berlin 1930

69) Jores, A. "Naturwissenschaftliche und psychologische Krankheitssicht"
Die Medizinische 1956, S. 505

70) - . - "Der Mensch und seine Krankheit"
Stuttgart 1956

71) Katsch und Laseque ref. Curschmann

72) Kemper, W. "Ärztliches Verhalten und Vorgehen bei psychisch bedingten funktionellen Störungen"
Zeitschrft. f. psycho-somatische Medizin
1957/58, S. 62

73) Kirkner ref. Cramer

74) Kleinsorge, H. und Klumbies, G. "Psychotherapie in Klinik und Praxis"
München-Berlin 1959

75) Kling, J. "Über den Zungenbelag"
Dissert. Würzburg 1954

76) Koch ref. G. Wolff

77) Kranz, H. "Zahnverlust und Zahnersatz als psychologisches Problem"
Die zahnärztliche Zeitschrift 1956, S. 105

78) Kranz, P.P. "Klinische Zahnheilkunde und ihre Grenzgebiete"
München 1946

79) Kraus ref. Curschmann

80) Kreibich, C. "Angioneurotische Entzündungen"
Wien 1905

81) Lewis, G.M. "In discussion of Woodburne and Philpott" Arch. Dermat. u. Syph. 1950, S. 828

82) Löblowitz, B. Arch. f. Dermat. 1910, S. 190

83) Lungwitz, H. "Lehrbuch der Psychobiologie" Berlin 1946

84) Mathis, H. "Erkrankungen der Mundschleimhaut" Leipzig 1951

85) Mayer, J. "Handbuch der Artefakte" Jena 1937

86) McKenna ref. Woodburne und Philpott

87) Meng, H. "Paradentose als psycho-somatisches Problem" Zahnärztliche Welt 1953, S. 275

88) - . - "Psychologie in der zahnärztlichen Praxis" Bern - Suttgart 1952

89) Mitcherlich, A. "Über die Reichweite psycho-somatischen Denkens in der Medizin" Verh. Dtsch. Ges. inn. Med. 1949, S. 24-40

90) Mrazek ref. Allington

91) Mork, O. "Zungenbrennen" Dissert. 1937, Frankfurt

92) Nonnenbruch "Ricker-Speransky und die Zahnheilkunde" Die zahnärztliche Zeitschrift 1949, S. 662

93) Obermayer, M.E. "Psychocutaneous Medicine" Illinois 1955

94) Pawlov, P. ref. Kleinsorge/Klumbies

95) Peterhans, P. "Zur Psychologie und Psychohygiene in der Prothetik" Dissert. Zürich 1948

96) Priester, E.S. "Die Bedeutung der Psychologie für die Zahnheilkunde" Das Deutsche Zahnärzteblatt 1956, S. 818

97) Prosser "Paradentose" Dental Digest 1957, Nr. 11

98) Reither, W. "Die Grenzen der zahnärztlichen Therapie bei der Prothesenstomatopathie" Das Deutsche Zahnärzteblatt 1959, S. 584

99) Reither, W. "Prothesenstomatitis - auch ein ärztliches Problem" Münchner med. Wochenschrift 1959, S. 606

100) Ricker "Allgemeine Pathophysiologie von A. D. Speransky" Stuttgart 1948

101) Ritter ref. Meng

102) Rowlands ref. Allington

103) Sachs "Die Bedeutung der Wechselbeziehungen von Körper und Seele für die Ätiologie der Paradentose" Zahnärztliche Rundschau 1931, S. 2085, S. 2121 und S. 2161

104) Schellack, D. "Neurosenpsychologische Faktoren in der Ätiologie und Pathogenese der Tonsillitis" Zeitschrift für psycho-somatische Medizin 1956/57, S. 265 1957/58, S. 15 1955/56, S. 178

105) Schneck, J.M. "The psychological components in a case of Herpes simplex" Psychosom. Med. 1947, S. 62

106) Schneidt "Artefakte der Mundschleimhaut" Dissert. Würzburg 1952

107) Schuermann, H. "Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen" München - Berlin 1958

108) - . - "Über das Syndrom des Geschlechtskrankheitenwahns" Hautarzt 1952, S. 296

109) Schultz, J.H. "Grundfragen der Neurosenlehre" Stuttgart 1955

110) - . - "Die seelische Krankenbehandlung" Stuttgart 1952

111) - . - "Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie" Band III, München - Berlin 1959

112) - . - "Organische Erkrankungen auf seelischer Grundlage" Berlin 1949

113) Schultz-Hencke "Lehrbuch der analytischen Psychotherapie" Stuttgart 1951

114) Schultz-Hencke — "Der gehemmte Mensch" Stuttgart 1947

115) Schwarz, O. — "Psychogenese und Therapie körperlicher Symptome" Wien 1925

116) Sibley — ref. Jadassohn

117) Siebald — "Die Zunge und ihre Gewohnheiten als Ausdruckselement psychischer Störungen" Dissert. Bonn 1950

118) Silver, H. — "Ungewöhnliche Hauterscheinungen bei einer psychopathischen Kranken" Arch. Dermat. u. Syph. 1938, S. 505

119) Sircus, W. — "The management of recurrent aphtous stomatitis" Brit. med. Journal 1959, S. 804

120) Speransky, A.D. — ref. Nonnenbruch

121) Stern, E. — "Lebenskonflikte als Krankheitsursache" Zürich 1952

122) Strandberg — "Familiär auftretende rezidivierende Schleimhautulcerationen in Mund und Rachen" Dermat. Zeitschrift 1911, S. 833

123) Stokvis, B. — "Psychosomatik" in J.H. Schultz Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Band III, München - Berlin 1959

124) Sutton — ref. Woodburne und Philpott

125) Szasz, T.S. — "Psychosomatic aspects of salivary activity. Psychoanalytic observation Concerning hypersalivation" Psychosomat. Med. 1950, S. 320

126) Tauchert, K. — "Paradentose und Karolyi-Effekt" Die zahnärztliche Zeitschrift 1954, S. 231

127) v. Weizsäcker, V. — "Der kranke Mensch" Stuttgart 1951

128) - . - — "Studien zur Pathogenese" Leipzig 1935

129) - . - — "Körpergeschehen und Neurose" Stuttgart 1947

130) Wild — ref. Balters

131) Wise, F. und Sulzberger, M.B. "Year Book of Dermat. u. Syph." Chicago 1935, S. 71

132) Wittkower, E. "Der Einfluß der Gemütsbewegungen auf den Körper" Leipzig 1936

133) Wittkower, E. und Pilz, W. "Über affektiv-somatische Veränderungen zur affektiven Beeinflussung der Speichelsekretion" Klin. Wochenschrift 1932, S. 718

134) Wolff, G. "Betrachtungen und Untersuchungen zur Ätiologie der Pathenogenese der habituellen Stomatitis aphthosa" Die Medizinische 1952, S. 758

135) Woodburne, A.R. und Philpott, O.S. "Cheilitis glandularis. A manifestation of emotional disturbance" A.M.A. Arch. Dermat. u. Syph. 1950, S. 820

136) Ziskind. D.E. und Moulton, R. "Glossodynia. A study of idiopathic oral-lingual pain" J. Am. Dent. A. 1946, S. 1422

Zum Schluß spreche ich Herrn Privatdozent Dr. Dr. S. BORELLI für die Zuweisung des Themas und für seine freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen herzlichsten Dank aus.

LEBENSLAUF

Am 31. Dezember 1935 wurde ich als drittes Kind des Konrektors Bruno Kube und seiner Ehefrau Martha geb. Koberling in Scherfede (Kreis Warburg) geboren. Aus beruflichen Gründen des Vaters siedelten meine Eltern 1938 nach Gütersloh in Westfalen über. Dort besuchte ich nach 4-jährigem Grundschulunterricht das Ev. stift. Gymnasium in Gütersloh und legte Ostern 1956 die Reifeprüfung ab.

Im Frühjahr 1956 begann ich in München mit dem Studium der Zahnheilkunde und bestand im Oktober 1958 die zahnärztliche Vorprüfung und am 28. Juni 1961 das zahnärztliche Staatsexamen.

Seit dem 15. August 1961 bin ich in Hamburg wissenschaftlicher Assistent in kieferorthopädischer Fachzahnarztausbildung.